Rok LIII. Kraków, dnia 28. marca 1914. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

PROFESOR JULIAN KOSIŃSKI

Z Warszawy nadeszła wiadomość o śmierci profesora Dr Juliana Kosińskiego.

Pamiętamy Go chyba wszyscy chirurgowie, gdy na ostatnich Zjazdach we Lwowie i Krakowie przed kilku laty jako prezes honorowy prowadził obrady. Pogodny, rzeźki, czerstwy, sprawiał czcigodny Nestor chirurgów polskich wrażenie sił niespożytych. Ani sędziwy wiek, ani ogrom pracy przebytej nie pozostawiły na tej spiżowej postaci swych niszczących śladów. Zdawaćby się mogło, że nie da się przewidzieć granic trwałości tego mocarza. Naturalnie złudzenia rozwiać się muszą i oto jesteśmy w obliczu faktu, że Kosińskiego już niema.

Był to i chirurg i człowiek miary niezwykłej. Bystry spostrzegacz, orlim swym wzrokiem, niemal graniczącym z intuicyą, wydzierał naturze prawdy dla innych ukryte — i był w dyagnozie niezrównany. A wynik swej rozpoznawczej pracy umysłowej i twórczych błysków podawał zawsze w formie prostej, skromnej jasnej, zwięzłej, bez cech apodyktycznej supremacyi nad otaczającymi.

Jako operator był w technice prawie niedościgniony. Pozorna powolność ruchów, ich precyzya i celowość, — żadnego poruszenia zbytecznego, — na razie nie olśniewały. Zdumiewało natomiast, jak łatwo pokonywał największe trudności techniczne i jak krótko trwały zabiegi ciężkie, wykonywane bez śladu pośpiechu. Przy operacyi zawsze był jednaki, czy zabieg drobny, czy najpoważniejszy, zawsze skupiona spokojna twarz, tak, iż mało świadomy rzeczy nie zdawał sobie nieraz sprawy, jak groźna sytuacya w danej chwili została paru drobnymi ruchami opanowana.

Jako nauczyciel był prawdziwym przyjacielem młodzieży. Wykład jasny, zwięzły, nie przeładowany szczegółami, ujmował trafnie jądro sprawy; niestety, w moich wspomnieniach słyszę go w języku obcym, narzuconym; swojską jednak atmosferę na wykładach podtrzymywało, że profesor mówił z akcentem litewskim, a do chorych przemawiał po polsku. Zawsze otoczony licznem gronem asystentów, bardzo wiele od nich wymagał i umiał budzić zamiłowanie do chirurgii. Ze szkoły Jego wyszedł liczny zastęp dziś czynnych wybitnych chirurgów w Warszawie i w Królestwie.

A teraz kilka szczegółów biograficznych.

Urodzony w r. 1833 w Iwaniszkach w kowieńskiem na Litwie, studya lekarskie kończył w Petersburgu, poczem przeniósł się do Warszawy, początkowo jako lekarz wojskowy w warszawskim wojskowym szpitalu ujazdowskim. Niebawem w r. 1862 mianowany prosektorem anatomii w warszawskiej Akademii lekarskiej, pełnił następnie te same obowiązki w Szkole Głównej. Od r. 1866 do 1868 bawił zagranicą, gdzie studyował anatomię patologiczną i chirurgię kliniczną, przeważnie w Berlinie i w Londynie.

Po powrocie do kraju w r. 1869 otrzymuje stanowisko profesora chirurgii początkowo w klinice szpitalnej (szpitala Dziec. Jezus), potem w wydziałowej — w szpitalu św. Ducha. Stanowisko to zajmował do r. 1899. Opuściwszy katedrę, w dalszym ciągu nie przestawał w chirurgii być czynnym i do ostatnich lat operował w zakładach leczniczych licznych chorych, przyczem podziwiać było można, jak wiek nic nie wpływał na sprawność operatora.

Profesor Kosiński brał żywy udział w organizacyi szpitalnictwa, będąc członkiem Rady dobroczynności publicznej, a następnie, po umiastowieniu szpitali, przewodnicząc w odpowiedniej komisyi miejskiej.

Kilkakrotnie był obierany prezesem warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, przewodniczył również przez lat parę Towarzystwu higienicznemu; Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich wybierały Go wielokrotnie swym prezesem honorowym, a Towarzystwa lekarskie polskie ofiarowały Mu godność członka honorowego.

O rozmiarach i kierunku pracy naukowej zmarłego profesora świadczy długi spis Jego prac naukowych, których liczba przekracza sto dwadzieścia.

Zygmunt Radliński.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

W jamie ust spotykamy się z natury rzeczy tylko z zaburzeniami, wymienionemi na pierwszem miejscu, i to w postaci obfitszego wydzielania śliny, które potęgować się może aż do powstawania istotnego ślinotoku. Jako samodzielny wyłączny objaw nerwicy autonomicznej występuje jednak ślinotok chyba bardzo tylko wyjątkowo; zazwyczaj stanowi tylko część całego zespołu objawów nerwicy.

Ze skargą na obfite gromadzenie się śliny spotkać się można w przypadkach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego w czasie trawienia i w sokotoku, znacznie jednak częściej w przypadkach wagotonii jelitowej. Do pospolitych zjawisk należy ślinotok, jako zjawisko odruchowe przy pasorzytowaniu czerwi w jelitach. Wspominamy o tem dlatego na tem miejscu, że równocześnie stwierdzić można nierzadko także i inne znamiona podrażnienia autonomicznego. Znaną jest także obfitość ciałek eozynochłonnych we krwi, którą znajdujemy u wagotoników, jakkolwiek w mniejszym stopniu.

Postępując dalej porządkiem topograficznym, omówimy z kolei rzeczy nerwowe zaburzenia w przełyku.

Do łagodniejszych objawów nerwicy należą już niemiłe uczucia, powstające przy połykaniu. Chory odnosi wrażenie, jakby kęs pokarmu z trudem posuwał się naprzód, a nawet zatrzymywał po drodze, czemu towarzyszyć może uczucie kurczu, a nawet kurczowego bólu pod mostkiem. Utrudnienie łykania bywa niekiedy tak znaczne i utrzymuje się tak stale, że mimowoli rodzi się przypuszczenie zwężenia przełyku. Jeden z takich przypadków przysłany mi został na oddział przed dwoma laty. Historyi choroby nie powiodło się odszukać. Przypominam sobie jednak dokładnie, jak przy badaniu zgłębnikiem utkwił zgłębnik w dolnej części przełyku i jak długo trzeba było przeczekać, mimo natychmiastowego wstrzyknięcia pod skórę mieszaniny roztworów atropiny i morfiny, zanim skurcz ustąpił. Zgłębnik przeszedł wtedy zupełnie gładko do żołądka, a wraz z tem rozjaśniła się odrazu przyroda »połykowego«, czysto czynnościowego zwężenia przełyku. Stała się ona tembardziej jasną, skoro przez dalsze badanie można było wykryć inne jeszcze znamiona wygórowanego napięcia w układzie autonomicznym. Chory opuścił oddział wyleczony.

Kurcz przełyku, naśladujący zwężenie, nie przydarza się w ogóle często. Daleko częściej spotkać się można z chorymi, którzy podają, że doznają napadowo od czasu do czasu uczucia, jakby kłębka lub kuli, posuwających się z dołka sercowego ku górze, lub tkwiących pod mostkiem. Jestto znany już nawet w powieściowem piśmiennictwie t. zw. »globus hystericus«. Tylko, że z histeryą nie ma on nierzadko nic wspólnego, a jest wyrazem zazwyczaj falistych, niekiedy ściśle ograniczonych kurczów mięśni przełykowych i przedstawia odrębny typ nerwicy autonomicznej. W przypadku, który opisałem niedawno w »Przeglądzie lekarskim«, były tego rodzaju kurcze przełykowe pierwszym objawem napadu wagotonicznego. Nie będzie może niewłaściwe, jeśli w związku z całością zajmującej nas w tej pracy sprawy powtórzę w krótkości to spostrzeżenie, w gruncie rzeczy bardzo ciekawe i wcale niecodzienne.

Mehmed M. lat 40, wyznania muzułmańskiego, z Maglaju w Bośni, przyjęty na oddział 3 marca 1911 r.

Wywiady: Chory kilkakrotnie zapadał na zdrowiu. I tak w 21. r. ż. przebył jakąś chorobę gorączkową, trwającą 7 tygodni. W 32. r. ż. zapadł po raz wtóry i rzekomo przez 6 miesięcy nie był zdolny do pracy. Bliższych szczegółów, któreby pozwalały na jakiekolwiek wnioski o przyrodzie tej choroby, dowiedzieć się nie można. Przed 6 laty miał chory przebyć dur brzuszny. Z końcem sierpnia ubiegłego roku zaczęły się pojawiać najrozmaitsze objawy przyrody nerwowej, zmienne co do jakości i siedziby, a w ogóle, jak z opowiadania chorego wynika, bardzo nietrwałe. Na większą uwagę z pośród nich zasługują: przypadłości ze strony narządu pokarmowego jak: odbijania po jedzeniu, zgaga, niekiedy ból pod mostkiem, nieregularne oddawanie stolca ze skłonnością do okresowych biegunek i do okresowego zaparcia. Poza tem doznawał chory uczucia pieczenia skóry, czasami pojawiały się krótkotrwałe swędzące wysypki skórne. Przed 18 dniami pojawiły się skurcze w zakresie mięśni szyi i barku. Powstają one codziennie rano, trwają rozmaicie długo, czasami aż do południa. Poza tem podaje chory, że od 5 miesięcy nie może spółkować. Miewa wprawdzie chwile podniecenia płciowego, ale nie ma odwagi zdobyć się na sam akt spółkowania w przekonaniu, że mu się nie uda. Co kilka dni miewa polucye. Niezwykle często pojawia się parcie na mocz, który też chory często oddawać musi.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, miernie odżywiony. Budowa czaszki niezupełnie symetryczna, prawa połowa twarzy słabiej rozwinięta. Źrenica prawa nieznacznie szersza, aniżeli lewa. Odruchy źrenic tak wobec działania światła, jak i przy akomodacyi zupełnie prawi-

dłowe. Ruchomość gałek ocznych dobra. Przy patrzeniu zbieżnem występuje na jaw niewytrzymałość prawego mięśnia prostego wewnętrznego (insufficientia convergentiae). Język obłożony, trzęsie się. Ruchomość podniebienia miękkiego prawidłowa. Odruchu gardłowego brakuje. Szyja krótka. Mięśnie szyjne silnie rozwinięte, jędrniejsze, aniżeli to zwykle bywa. Większą jędrnością odznacza się także mięsień barkowy. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona. Przy lekkiem względnie uderzeniu młotkiem opukowym powstają w mięśniu piersiowym i w m. dwugłowym ramienia bardzo silne odruchy, w miejscu zaś uderzonem tworzy się typowy wał, który dopiero po paru sekundach znika. Od tego wału rozchodzą się wzdłuż włókien mięśnia, w górę i w dół, fale skurczów całych pęczków. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Zaburzeń w czuciu niema. Narządy wewnętrzne nie okazują zmian ważniejszych. Na uwagę zasługuje tylko 'zwolnienie tętna, najwyraźniejsze w czasie napadów, ustępujące miejsca okresowemu przyspieszeniu. Liczba

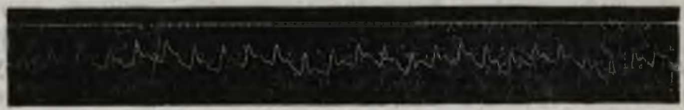


Ryc 2.

tętna waha się w bardzo rozległych granicach, między 46 — —92 uderzeń na minutę. Wielką pobudliwością odznaczają się włosowate naczynia skórne. Nawet lekkie przesunięcie rękojeścią młotka po skórze wywołuje czerwone pasy, występujące doraźnie po zadrażnieniu i utrzymujące się niezwykle długo.

Badanie żołądka wykazało nieco większą ilość kwasu solnego przy równoczesnem przyspieszeniu wydalania treści pokarmowej. Kwaśność po śniadaniu próbnem, zależna od HCl, wynosiła około 30°. Po 3 kwadransach był żołądek próżny. Skład moczu prawidłowy.

Napady, o których chory wspominał w wywiadach, mieliśmy sposobność spostrzegać kilkakrotnie przez dłuższy przeciąg czasu. Każdy z nich rozpoczynał się uczuciem kurczowego bolu w dołku sercowym. Kurcz posuwał się szybko ku górze z towarzyszeniem odbijań i prawie mimowolnych ruchów połykowych. Równocześnie z tem pojawiał się ślinotok, silne zaczerwienienie twarzy i obfite poty. Twarz, ramiona i górna część klatki piersiowej kąpały się wprost w pocie. Wraz ze ślinotokiem i poceniem się występowały skurcze mięśniowe w zakresie m. barkowego, mostkowo-obojczykowego i mostkowognykowego, mniej wyraźnie w zakresie mięśni gnykowotarczowego i gnykowołopatkowego. Skurcze te widać wcale dobrze na rycinie. (Ryc. 2). Z początkiem napadu przeważa typ tężcowy, każdy skurcz trwa parę sekund. Później powtarzają się skurcze o wiele szybciej, a wreszcie wytwarza się rodzaj rytmu o kilku drganiach na sekundę. Głowa wykonuje wtedy ruchy wahadłowe od przodu ku tyłowi. Podczas największego nasilenia napadu nie może chory mówić swobodnie, z trudem prawie wykrztusza wyrazy. Sprawia to wrażenie, jakby i mięśnie krtani brały udział w skurczach. W czasie napadu liczba tętna maleje, tętno staje się miękkie, fala jest wszakże dość wysoka. Na krzywych tętna (Ryc. 3) zaznacza się bardzo wyraźnie wpływ oddychania; przy głębokich oddechach powstaje wybitna oddechowa niemiarowość.



Ryc. 3.

W opisanym przypadku stanowiły kurcze przełykowe jeden z ważniejszych, ale nie jedyny objaw nerwicy autonomicznej. Jako przykład czystej przełykowej wagotonii posłużyć może następujące spostrzeżenie:

Paulina T. lat 46, żona starszego nadzorcy lasowego z powiatu Rogatica w Bośni, przyjęta na oddział 24 listopada 1913 r.

Wywiady: Chora cierpi od szeregu lat na przypadłości żołądkowe w postaci kwaśnych odbijań po jedzeniu i zgagi, które znikają na pewien czas i pojawiają się napowrót. Stolec przeważnie zaparty. Na wiosnę 1912 r. jakaś choroba gorączkowa z bolami w klatce piersiowej i w brzuchu, trwająca 8 dni (zapalenie płuc?). Lekarza nie wzywano. Od czasu tej choroby pojawiają się napady kurczowych odbijań i czkawki, trwające niekiedy 24 godzin, nawet i dłużej. Napad rozpoczyna się bolem w dołku sercowym. Wśród napadu nastaje silne zaczerwienienie skóry na twarzy, zjawia się obfity ślinotok, niestale także i pocenie. Miesiączkowanie zupełnie prawidłowe, co 4 tygodnie przez 2—3 dni.

Badania: Budowa ciała i odżywienie dobre. Twarz niezupełnie umiarowa. Skóra twarzy zaczerwieniona. Język nie obłożony, drży. Błona śluzowa gardła soczystsza. Odruch gardłowy bardzo słaby. Szyja miernie długa, gruczoł tarczowy daje się wyraźnie wyczuć, jest zbitszy. Gruczoły chłonne niemacalne. Klatka piersiowa dobrze zbudowana. W narządzie oddechowym zmian nie ma. Uderzenie serca nieco rozlane, widoczne na większej przestrzeni, wstrząśnienia przy obmacywaniu słabe. Stłumienie serca na przestrzeni prawidłowej; tony czyste. Na szyi widać wyraźne tętnienie tętnic szyjnych, w okolicy obojczyków, tętnic podobojczykowych. Tętno sprychowe miernie napięte, liczba tętna zmienna, między 54—84. Powłoki brzuszne z obfitą podściółką tłuszczową. W głębi brzucha wyczuć można silnie tętniącą i bolesną przy ucisku aortę brzuszną. Jelito esowate wypełnione grudkami twardego kału, skurczone. Obmacywanie okolicy żołądka, względnie opukiwanie tejże nie sprawia chorej bolu. Wrażliwość uciskową stwierdzić można tylko w dołku sercowym w okolicy wpustu żołądka. Mocz o składzie prawidłowym, zawiera większą ilość barwików. Pobudliwość naczynioruchowa skóry wzmożona. Odruchy mięśniowe nieco silniejsze, odruchy ścięgniste prawidłowe. Zmian w czuciu nie ma. W zachowaniu się chorej i całej sferze psychicznej nie można stwierdzić nic nieprawidłowego.

Przy badaniu krwi znaleziono ciałek białych 8600. Stosunek odsetkowy leukocytów przedstawia się w następujący sposób: Ciałek białych neutrochłonnych 50·4%, limfocytów 27·1%, wielkich ciałek jednojądrzastych 8·3%, ciałek przejściowych 6·7%, ciałek eozynochłonnych 7%, bazofilnych leukocytów 0·5%.

Napad, który miałem sposobność spostrzegać, różnił się od napadów czkawki w zwykłej jej postaci. Nie było tu zupełnie cechujących nagłych skurczów przepony. To, co można było widzieć, a raczej słyszeć, przypominało raczej odgłos, jaki powstaje przy połykaniu sporego łyku płynu. Poprostu odnosiło się wrażenie, że chora bez przerwy coś łyka. Od czasu do czasu zjawiało się głośne odbijanie. I mimowoli trzeba tu było myśleć, że mamy przed sobą osobę, która łyka powietrze i potem wśród głośnych odbijań wydala je z żołądka. Różnica leżała wszakże w tem, że łykacze powietrza — (aerofadzy, Luftschlucker) — czynią to z samowiedzą, a w naszym przypadku ruchy połykowe były zupełnie bezwolne i sprawiały przytem chorej bardzo niemiłe uczucie, a nawet wprost ból kurczowy i powtarzały się prawie bez przestanku. W czasie napadu była twarz chorej istotnie zaczerwieniona i wilgotna, istniało przytem obfite wydzielanie śliny. Liczba tętna spadała do 54 uderzeń w minucie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdania.

Leczenie radem nowotworów złośliwych w ginekologii.

Sprawozdawca Dr Tadeusz **Kon**.

Piśmiennictwo: 1) Chéron i Rubens Duval. Fortschr a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen T. 21, Z. 2. — 2) Hirsch. Fortsch. a. d. Gebiete der Röntgenstr. T. 21. Z. 2. — 3) Krönig. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 4) Wertheim. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 5) Wickham i Degrais. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 6) Bayet. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 7) Weckowski. Berliner kl. Wochenschr. 1914 Nr 2. — 8) Simon. Berl. kl. Woch. 1914 Nr 2. — 9) Abel. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914 Nr 3.

Rad w leczeniu chorób kobiecych ma wielu zwolenników i wielu przeciwników. Gdy jedni chcą wszystkie przypadki raka, któreby jeszcze mogły być operowane, leczyć jedynie za pomocą radu, to inni wręcz przeciwnie nie przypisują radowi żadnego znaczenia. Doświadczenie Chérona i Rubensa Duvala opiera się na zbadaniu klinicznem i histologicznem przeszło 150 przypadków, które w przeciągu lat 5 poddawali oni leczeniu za pomocą radu. Wytyczne punkta techniki leczenia radem nienadających się do operacyi raków szyjki macicy i pochwy, są następujące: 1) Nie nadający się do operacyi rak macicy i pochwy powinien być leczony według metody »ultrapenetrujących« promieni Dominiciego 2) Zastosowane być powinny duże dawki tych promieni 3) Czem większą ilość radu stosujemy, tem większa powinna być filtracya. Chéron i Rubens Duval są przekonani, że znaczenie radu w leczeniu raka jest bardzo doniosłe. Gdyby powyższych wytycznych trzymali się i inni autorzy, nie mieliby ujemnych wyników przy stosowaniu radu. Krönig, Gauss, Döderlein, Bumm, Pinkus i inni również stosują wielkie dawki ultrapenetrujących promieni Dominiciego i mają dobre wyniki. Na pytanie czy dotychczasowe wyniki są o tyle zupełne i trwałe, żeby można oddać pierwszeństwo leczeniu zapomocą radu i mesotoru przed leczeniem chirurgicznem, odpowiadają Chéron i Duval w sposób następujący: Być może, że przyszłość należy do leczenia zapomocą radu, jeżeli nie ze względu na to, że leczenie to da więcej wyleczeń, niż leczenie chirurgiczne, to z tego choćby względu, że leczenie zapomocą radu nie daje samo przez się zejść śmiertelnych, które daje leczenie chirurgiczne. Dzisiaj jednak jeszcze za wcześnie ostatecznie rozstrzygać to pytanie. Ponieważ Cheron i Duval leczyli zapomocą radu tylko przypadki, nie nadające się do operacyi, więc najcięższe, nie mogą przeto otrzymywanych wyników porównywać z wynikami leczenia chirurgicznego, stosowanego w przypadkach najlepszych, mianowicie w przypadkach dających się operować. Niektórzy niemieccy autorzy zaczynają leczyć zapomocą mesotoru przypadki, dające się operować, a więc niezadługo można będzie porównać obydwie metody. Bez zaprzeczenia pewne początkowe formy raka będą nadawać się do leczenia zapomocą radu, inne natomiast do leczenia chirurgicznego.

Hirsch podnosi, co następuje: 1) Leczenie nowotworów złośliwych promieniami Röntgena, radem i mesotorem znajduje się dopiero w początkowym okresie swego rozwoju. Pomimo tego już dziś można powiedzieć, że metoda radowa przewyższa znacznie wszelkie inne dotychczasowe metody leczenia raka 2) Technika zastosowania promieni Röntgena została w ostatnich latach znacznie uzupełniona. Technika zastosowania promieni radu stale postępuje. 3) Działanie promieni jest tylko miejscowe i ogranicza się jedynie do miejsc, na które są promienie skierowane, a zależnie od siły i ilości zastosowanych promieni sięga i na kilka centymetrów w głąb. Na miejsca zajęte rakiem, głębiej położone, promienie te nie wywierają żadnego wpływu lub też bardzo mało. Przerzuty zmianom nie ulegają. 4) Działanie promieni na raka jest wprost swoiste. Jądra i protoplazma komórek nabłonkowych rozpadają się, również tkanka łączna podlega głębokim zmianom. O ile filtracya promieni jest prawidłowo przeprowadzona, zdrowe komórki pozostają zupełnie nieuszkodzone. 5) Chociaż promienie Röntgena dają daleko lepsze wyniki, niż promienie radu i mesotoru, to jednak promienie radowe ze względu na prostszy i dogodniejszy sposób stosowania będą miały pierwszeństwo przed innymi promieniami. 6) Działanie promieni na poszczególne rodzaje raka nie jest jednakowe. Raki płaskokomórkowe wogóle daleko szybciej poddają się działaniu promieni, niż głębiej położone raki gruczołowe; nawet przy identycznych obrazach chorobowych klinicznie działanie promieni nie jest jednakowe. 7) Mięsaki i raki torbielowe z budową brodawkową (mit papillärem Bau) najłatwiej poddają się leczeniu zapomocą promieni. Kombinacya leczenia zapomocą radu ze stosowaniem środków chemicznych, mających powinowactwo do nowotworów, daje doskonałe wyniki. Ze środków tych zasługują na uwagę połączenia arsenu, telluru, selenu i sole cholinowe.

Krönig wywodzi, co następuje: Gdy leczenie nowotworów łagodnych, n. p. mięsaków macicy, stoi dzisiaj poza dyskusyą, to sprawa leczenia promieniami nowotworów złośliwych dzisiaj jeszcze nie jest rozstrzygnięta. Nie pomyli się jednak ten, kto powie, że w tej dziedzinie osiągnięto wyniki obiecujące. Dowiedziono już, że tak promienie Röntgena, jak i substancye promieniotwórcze, oddziałują swoiście na raki i mięsaki. Tak jedne, jak i drugie promienie niszczą komórki rakowe, nie uszkadzając przytem komórek tkanek prawidłowych. Tak jedne, jak i drugie promienie przy odpowiedniej filtracyi działają swoiście nietylko na raki powierzchowne, ale i na głębiej leżące. Czem bliżej rak leży źródła energii promieniującej, tem wyraźniejsze jest działanie tej energii na komórki rakowe. Dlatego też są tak uderzające wyniki działania wysokich dawek mesotoru, szczególniej przy rakach pochwy, przedsionka szyjki macicznej, macicy i odbytnicy. Wszyscy badacze są tego przekonania, że znaczna ilość substancyi promieniotwórczej przy odpowiedniej filtracyi w połączeniu z filtrowanymi promieniami Röntgena w ten sposób wpływają na raka tych części, że wszelkie objawy, związane z istnieniem raka,

jak rozpad i krwawienie, znikają tak, że na miejscu n. p. kalafiorowatego nowotworu powstaje gładka blizna, w której nawet przy głębokiem nacięciu raka wykryć nie można. Stąd i ogólne doświadczenie, że przy raku trzonu macicy, o ile promienie mesotoru są odpowiednio filtrowane, nowotwór tak znika, iż przy następnem wyskrobaniu nie można już raka znaleźć. Wszystkie te wyniki mogą być coprawda tylko czasowe, podobnie, jak po leczeniu operacyjnem. Krönig przypuszcza, że ostateczny sąd o działaniu substancyi promieniotwórczych i promieni Röntgena na głębiej położone raki nie wcześniej będzie mógł wydać, jak po upływie 4 – 5 lat. Jak ten sąd wypadnie, trudno dziś przewidzieć. Badania w tym kierunku na klinice fryburskiej są prowadzone zaledwie $1^3/_4$ roku. Ze względu na to, że operacyjne leczenie raka często daje wyniki śmiertelne, lub nawroty, zachęca Krönig do prób leczenia promieniami także przypadków, nadających się do operacyi. Wypowiada przytem nadzieję, że wyniki będą tutaj równie długotrwałe, jak przy leczeniu operacyjnem. Gdyby oczekiwania zawiodły, to jednak następcze, pooperacyjne leczenie promieniami znajdzie szerokie pole, gdyż w ten sposób odsuwamy na daleką metę powstawanie nawrotów. Krönig otrzymywał doskonałe wyniki, stosując długi czas po leczeniu operacyjnem raka (w tem raka jajników, szyjki i odbytnicy) silne promienie Röntgena i promienie mesotoru. Być może, że nadzieje, pokładane w leczeniu raka promieniami, rozwieją się, możliwe są i ujemne wyniki tego leczenia, lecz bez optymizmu wiedza i technika nie robiłyby postępów. Gdyby nie było tego optymizmu, który przyświecał badaczom, nie osiągnęlibyśmy w ostatnich dwu latach tak błogosławionych dla chorych wyników, jakie dziś mamy, lecząc bez operacyi mięsaki i metropatye krwotoczne.

W e r t h e i m stwierdza, że we wszystkich przypadkach leczenia raka zapomocą radu daje się zauważyć wyraźny wpływ tak klinicznie, jak makroskopowo i mikroskopowo. Makroskopowo nowotwór znacznie się zmniejsza, jamy wrzodziejące zabliźniają się. Mikroskopowo komórki rakowe giną. Raki powierzchowne przy stosowaniu radu i mesotoru zupełnie znikają, ale ten sam wynik otrzymujemy, stosując wyskrobanie z następczą paklenizacyą, lub przez amputacyę części pochwowej. Dlatego też w podobnych przypadkach Wertheim nie daje pierwszeństwa leczeniu zapomocą radu czy mesotoru, a to tembardziej, że na głębsze ich działanie trudno liczyć, a jeżeli ono nawet następuje, to nie na długo. W daleko posuniętych przypadkach naciek rakowy sięgać może głęboko w ściany macicy lub do przymacicznej tkanki łącznej: w takich przypadkach zupełne zniknięcie raków przy leczeniu radem lub mesotorem jest niemożliwe. Żeby rak zniknął i z okolicznych gruczołów chłonnych, nikt jeszcze nie stwierdził. Niejakie działanie na te gruczoły nie jest jednak wykluczone. Wertheim głębszego działania promieni nie stwierdził, natomiast zauważył w całym szeregu przypadków ujemne działanie tak na cały ustrój, jak i miejscowe. Ujemny wpływ na cały ustrój objawia się schudnięciem, osłabieniem działalności serca, rozwolnieniem, podwyższeniem się ciepłoty, rozdrażnieniem nerwowem, bezsennością; miejscowe objawy polegają na zbliznowaceniu i obumarciu tkanki niezrakowaciałej, na nacieku tkanki łącznej miednicy, zgrubieniu otrzewnej, zapaleniu najniższej części jelita grubego, pojawianiu się parcia na stolec (tenesmus), na utrudnieniu czynności pęcherza, na mniej lub więcej silnych bólach. Bez wątpienia te ujemne wpływy zostają znacznie zmniejszone przy odpowiedniej technice i filtracyi promieni. Przy dużych jednak dawkach promieni filtracya nie może tym szkodom zapobiedz. Wertheim jest przekonany, że operacya doszczętna po leczeniu radem lub mesotorem napotyka na znaczne trudności i daje większą śmiertelność. Rokowanie pooperacyjne ze względu na stan ogólny jest wtedy również gorsze. Wertheim nie radzi stosować stale więcej, niż 3000 mg. na godzinę (3000 mg. Stunden). Kliniczne objawy ogólne, jak stan podmiotowy, apetyt, sen, stan sił, krwi, czynność jelit i pęcherza należy ściśle nadzorować. Nie należy dyskredytować leczenia chirurgicznego, które, jak dotychczas, daje najpewniejsze wyniki pod względem leczniczym. W swojem leszeniu operacyjnem raka macicy ma Wertheim 50% zupełnych wyleczeń. Jedynie przy ostrożnem przeprowadzaniu dalszych badań nad leczeniem radem i mesotorem można będzie uniknąć fatalnych przypadków śmierci badanych.

W i c k h a m i D é g r a i s stoją na tem stanowisku, że każdy rak, dający się operować, powinien natychmiast być operowanym. Ze względu na możliwe nawroty na miejscu operacyi, lub ze względu na przerzuty, którym operacya mogła wrota otworzyć, należy blizny pooperacyjne poddawać naświetlaniu. Korzyść tego zabiegu zależy od mniejszej lub większej złośliwości usuniętego nowotworu. Jeżeli połączenie leczenia chirurgicznego z leczeniem zapomocą radu ma dać dobre wyniki z rakiem, to stosowanie radu musi odpowiadać pewnym wymaganiom. Przedewszystkiem jest rzeczą konieczną, ażeby promienie mogły dosięgnąć wszystkich składników chorobowych, a przedewszystkiem podstawy nowotworów i części sąsiednich Dla uzyskania tych warunków może być pomocną chirurgia przez otwarcie najkorzystniejszych dróg i przez usunięcie wielkiej części tkanki nowotworowej. Jest również koniecznem, aby promienie dosięgały wszystkich chorych miejsc także w dostatecznej i l o ś c i, ażeby zdołały tkankę nowotworową zupełnie zniszczyć. Jeżeli tego nie osiągamy, to promienie nie niszczą komórek nowotworowych, lecz działają na nie pobudzająco, i zamiast osiągnąć dobre wyniki, osiągamy wyniki wprost przeciwne. Dostateczna ilość promieni radowych w leczeniu nowotworów odgrywa nadzwyczaj ważną rolę. Wickham i Dégrais są dalecy od myśli, ażeby leczenie chirurgiczne nowotworów można zastąpić leczeniem zapomocą radu. Te dwa środki lecznicze można jedynie złączyć, rozszerzywszy przytem pole działania chirurgii i promieni. Taka kombinacya będzie zbawienną dla chorych.

B a y e t podaje następujące spostrzeżenia nad rakiem macicy. 1) Rak szyjki. Zastosowanie radu w niektórych zwłaszcza formach raka szyjki daje świetne wyniki. Można przed zastosowaniem promieni wykonać wyskrobanie, co jednak nie jest konieczne. W pewnym przypadku osądzono, że chora z rakiem szyjki i z rozpoczynającym się naciekiem nowotworowym w więzadłach szerokich nie nadaje się do operacyi. Zastosowano więc rad i amputacyę szyjki. Od trzech lat chora więcej nie krwawi, a przy badaniu sklepienia pochwy są miękkie i podatne. U innej chorej, nie nadającej się do operacyi, na próbę wyskrobano macicę, następnie zastosowano rad i chora od przeszło trzech lat zdaje się być najzupełniej wyleczona. 2) Rak trzonu i szyjki. I w tych przypadkach oddaje rad nieocenione przysługi. Niszczy on zrosty i zgrubienia, które unieruchomiają macicę i w ten sposób udaje się wiele raków, które zrazu nie nadawały się do operacyi, udostępnić dla zabiegu. 3) Przy raku trzonu macicy, dokonawszy rozszerzenia szyjki, łatwo wprowadzić rad do wnętrza macicy. W tych przypadkach krwotoki ustają, jak również znika rozpad i cuchnienie.

Co się tyczy raków głęboko położonych, to autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Raki głęboko położone tak w jamie brzusznej, jak i w klatce piersiowej, dotychczas nie nadają się do leczenia zapomocą radu ze względu na trudności skierowania na nie dostatecznej ilości promieni. 2) Jeżeli jednak na raki głęboko położone uda się zadziałać dostateczną ilością promieni, to raki takie poddają się działaniu radu. 3) Jeżeli operacya może być dokonana, lepiej operować. 4) Przed operacyą w wielu przypadkach byłoby dobrze zastosować promienie radu lub Röntgena. 5) Zastosowanie promieni Roentgena lub radu po operacyi jest wskazane. 6) Połączenie promieni Röntgena lub radu z zabiegiem chirurgicznym znacznie wpłynie na pomyślne rokowanie przy niektórych operacyach, szczególniej przy raku sutka.

Weckowski podaje następujące wnioski: 1) Substancye promieniotwórcze, rad i mesotor niszczą tkankę rakową. Żaden z dotyczas znanych środków podobnie nie działa. 2) Wpływ promieni Röntgena różni się od wpływu promieni radu, trudno dziś orzec, czy ilościowo, czy jakościowo. Raki, które opierają się działaniu promieni Röntgena, poddają się działaniu radu. 3) Dobre wyniki są zależne od wielu czynników, a przedewszystkiem od filtracyi, od ilości substancyi promieniotwórczej, od oddalenia preparatu radyoczynnego od nowotworu. Zdaniem Simona leczenie promieniami ma doniosłe znaczenie praktyczne. Działanie jednak promieni ogranicza się do działania miejscowego; lekarzowi jednak dostają się zwykle przypadki, w których sprawa nowotworowa przestała być miejscową i już uogólnia się. Wtedy w grę wchodzi »therapia magna sterilisans«, gdyż wtedy i leczenie musi być ogólnem, opartem również na stosowaniu metod chemoterapeutycznych.

Abel zwraca uwagę na następujące szczegóły: Duże dawki radu przynoszą szkodę zdrowym tkankom ustroju, co już niejednokrotnie podnosił Bumm w swoich odczytach w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem. Dzisiaj niema jeszcze jedności w ocenie leczenia raka zapomocą radu. Również jeszcze nie ustalono, jakie dawki radu stosować należy. Bumm stanowczo odradza stosować duże dawki, co n. p. robi klinika fryburska, z tego względu, że sprawiają one znaczne szkody w ustroju. Gauss w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem głosił, że przypadki raka macicy, nadające się do operowania, powinny być również leczone zapomocą radu; temu jednak sprzeciwiali się stanowczo prawie wszyscy mowcy w dyskusyi. Zwolennicy leczenia zapomocą radu zgadzają się na jedno, że o ile tkanka rakowa ma być zniszczona zapomocą promieni radu, to promienie te muszą być w dostatecznej ilości i sile skierowane na chore miejsce. Działanie więc promieni radowych odpowiada działaniu środków przyżegających z tą różnicą, że promienie radu działają nietylko na powierzchni, lecz i w głąb. Niektórzy twierdzą, że promienie radu mają szczególne powinowactwo do tkanki rakowej, a Krönig uważa to wprost za rzecz nie podlegającą wątpliwości. W rzeczywistości tak jednak nie jest. Jeżeliby tak bowiem było, toby promienie radowe nie uszkadzały tkanki zdrowej w tym stopniu, jak ją w rzeczywistości uszkadzają, a co Bumm i Wertheim niejednokrotnie stwierdzili i opisali. Brande n. p. w »Technice leczenia zapomocą mesotoru« (Zentr. f. Gyn. 1914 Nr 2) mówi, co następuje: Mówią o powinowactwie promieni do komórek rakowych. Z działania jednak promieni także na zdrową tkankę należy wysnuć wniosek, co już i Bumm uczynił, że promienie te w komórkach rakowych wywołują prędzej zwyrodnienie, niż w komórkach zdrowych; w ten sposób jedynie można objaśnić powinowactwo promieni do komórek rakowych. Kiedy rak pod wpływem promieni zostaje zupełnie zniszczony, to zdrowe komórki nie okazują jeszcze wtedy żadnych objawów zwyrodnienia, przynajmniej przy dzisiejszych metodach badania histologicznego. Komórki te jednak już wtedy mogą być zmienione, choć tego stwierdzić nie potrafimy, i giną dopiero później, n. p. po pół roku lub jeszcze dłużej«. O tych późniejszych szkodach w zdrowych komórkach wiemy z zastosowania promieni Röntgena. Przy dłuższej obserwacyi spostrzegamy uszkodzenia tkanki zdrowej przy leczeniu promieniami. Według Bumma promienie radu działają nie o wiele głębiej, niż 4 cm. Jeżeli więc przeciwnik leczenia doszczętnego będzie leczyć raka części pochwowej lub raka szyjki, nadającego się do operacyi, zapomocą promieni, to wrócimy się w ten sposób do tych czasów, kiedy w tych przypadkach zadowalnialiśmy się amputacyą części pochwowej. A że to było niedostatecznem, więc zaczęto w tych przypadkach usuwać macicę, potem nietylko macicę, lecz i więzadła szerokie i przydatki, a od czasów Freunda wykonujemy wielką operacyę z usunięciem także i gruczołów. Przekonano się przytem, że nawet w początkowych okresach raka części pochwowej lub szyjki gruczoły chłonne bywają już naciekłe. Autor sam przedstawił niedawno w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem przypadek raka dna macicy, stojącego w związku z jednoczesnym bardzo wczesnym rakiem części pochwowej. Jeżelibyśmy w tym przypadku leczyli część pochwową zapomocą promieni, to napewno spóźnilibyśmy się z operacyą raka dna, gdyż tymczasem rak dna takby się daleko posunął, że żaden zabieg operacyjny jużby nie pomógł. Dlatego też autor radzi leczyć zapomocą promieni tylko te przypadki, które się do operacyi nie nadają, lub gdzie rak jest bardzo daleko posunięty. Jeżeli natomiast chodzi o raka wczesnego, kiedy operacya może być dokładnie przeprowadzona, to należy zaraz przystąpić do operacyi doszczętnej. Możliwie wcześnie po operacyi należy zastosować energiczne leczenie promieniami. Czy tutaj zastosować promienie radu, czy też zupełnie twarde promienie Röntgena, o tem przyszłość rozstrzygnie. Autor jest przekonany, że połączenie operacyi z następczem leczeniem promieniami da trwałe i bardzo dobre wyniki w leczeniu nowotworów złośliwych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Sato: **W sprawie gruźliczej klatki piersiowej i operacyi przy gruźlicy szczytów płuc.** (Deut. Zt. f. Chir. 126 1.). Podobnie, jak i Sumita, dochodzi S. na podstawie swych badań do przekonania, że opisane przez Freunda zmiany w chrząstce pierwszego żebra nie są pierwotne, lecz są dopiero następstwem gruźlicy. Ani długość, ani szerokość chrząstki nie ma żadnej wybitnej łączności z powstawaniem gruźlicy. Podobnie skrzywienie kręgosłupa nie stanowi żadnego usposobienia do gruźlicy płuc. Wczesne skostnienie chrząstki żebrowej nie jest cechującem przy gruźlicy dla pierwszego żebra, występuje nieraz i na innych żebrach, a nawet z ominięciem pierwszego. Operacyjne przedzielenie chrząstki pierwszego żebra działa korzystnie jedynie w ten sposób, że uniemożebnia podnoszenie się pierwszego żebra przy oddychaniu i przez to pozostawia płuco w spokoju. To samo jednak osiągnąć można przez przecięcie mm. pochyłych (musc. scaleni). K.

Leuble. **Helioterapia gruźlicy stopy.** (D. Zt. f. Chir. 125. 5). Praca z zakładu Rolliera w Leysin. Od r. 1913 leczono słońcem 94 przypadków gruźlicy stopy, z czego w 87 osiągnięto do roku zupełne wyleczenie, ze znakomitą sprawnością stawów. Rokowanie złe przy białkomoczu. K.

Jurasz. **Wyciąg przy leczeniu ropnych zapaleń stawów.** (Tow. lek. Lipsk XII. 191). Przy leczeniu spraw ropnych ostrych w stawach zaleca Jurasz zamiast zwykłego układania w szynie, stosowanie wyciągu, co niezmiernie korzystnie działać ma na gojenie się, skraca czas leczenia i nieraz wpływa dodatnio na następową ruchomość stawu. K.

Mayer: **W sprawie leczenia skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta.** (Tow. lek. Kolonia II. 1914). M. pokazuje dwóch chorych w opatrunku podług Abbotta. Ten sposób leczenia wiedzie często i szybko do pozornego usunięcia skrzywień żeber, ale nawet skrzywienia kręgosłupa nie usuwa nieraz w zupełności, albowiem siła prostująca nie działa tu bezpośrednio na sam kręgosłup, lecz na żebra, a połączenie żeber z kręgosłupem jest zbyt stałe, by to mogło zmienić ułożenie kręgosłupa. Korzystnem natomiast jest wyzyskanie sił oddechowych w leczeniu. W każdym razie w niektórych przypadkach może ten sposób leczenia oddać bardzo cenne usługi. K.

Blencke: **Szkoła a skrzywienie kręgosłupa.** (Tow

lek. Magdeburg XI. 1913). B. stara się zbić twierdzenie, że szkoła jest główną przyczyną wytwarzania się skrzywień kręgosłupa. B. zbadał 1631 skrzywień »szkolnych« i przekonał się, że z tego 946 powstało już przed wstąpieniem dziecka do szkoły, 162 po ukończeniu szkoły, a tylko 523 podczas uczęszczania do szkoły, i to głównie u dzieci krzywiczych, lub dotkniętych innem cierpieniem, jak zmiany statyczne, schorzenia nerwów, mięśni, tak że po wyłączeniu tych pozostało zaledwo 178 skrzywień, któreby do szkodliwego wpływu szkoły wyłącznie odnieść należało. Właśnie te skrzywienia były jednakże nieznaczne i nie pogarszały się. Jeżeli stan skrzywienia pogarsza się w szkole, to najmniej do tego przyczynia się siedzenie w ławce, nawet niedobrej, i dlatego te skrzywienia leczyć należy ortopedycznie, a różne udoskonalenia ławki, acz pochwały godne, nie wiele tu pomogą, bo skrzywienie naprawdę »szkolne« jest rzadkie i zwykle nieznaczne. Klęsk.

Salis i Vogel: **Związek leczenia jodem z tkanką limfoidalną i limfocytozą krwi w przypadkach choroby Basedowa, hypotyreozy i wola bez zaburzenia czynności.** (Mit. a. d. Grenzgb. d. Md. u. Ch. 27. 2). Przy wolu leczenie jodem wywołuje często zwiększenie się liczby ciałek czerwonych i ilości hemoglobiny. Przy nadmiernej czynności gruczołu i chorobie Basedowa, zwiększona zwykle ilość limfocytów w miarę leczenia jodem opada, a przedtem zwolniona krzepliwość krwi staje się prawidłową. Przy dłuższem leczeniu jodem liczba limfocytów znowu znacznie się zwiększa. U osób zdrowych podawanie jodu wywołuje też limfocytozę i zwolnienie krzepliwości krwi. Przy obrzęku śluzowatym i charłactwie tarczycowem po podaniu jodu limfocytoza opada, a krzepliwość krwi staje się prawidłową albo nawet zwolnioną. Prawie we wszystkich przypadkach choroby Basedowa zwykłej i t. zw. jodowej występuje po operacyi charakterystyczne pogorszenie przypadów, jako objaw wessania. K.

Bela: **Maść nowiformowa w praktyce chirurgicznej.** (Allg. Wien. med. Ztg. 1913 Nr 16). Maść nowiformowa nadaje się przy przetokach ropnych lub kałowych do chronienia okolicznej skóry przed tworzeniem się wyprysków. Znalazła ona także zastosowanie przy wrzodziankach. B. zaleca następujący przepis: »Rp. Noviform 1·0, zinc. oxyd., amyli aa 2·0, vasel. flav. 5·0, paraff. liq. q. s. u. f. pasta mollis«. K.

Loeffler: **O nowiformie.** (Zbl. f. Chir. 1914 Nr 4). Nowiform jest to tetrabrombrenzkatechina z bizmutem. Przewyższa on wszystkie polecane dotąd przetwory bizmutu, jak airol, wioform, a nawet kseroform. Działa wybitnie wysuszająco, nadaje się dobrze do opatrywania ran, wstrzykiwań w zawiesinie z gliceryną do stawów i t. p. Nie jest drażniącym ani trującym, niema żadnej woni. K.

Janzus: **Doświadczenia z nowiformem.** (Zbl. f. Chir. 1914 Nr 4). Nowiform stosować można i na duże powierzchnie, bo nie jest trujący. Działa bardzo dobrze odwaniająco, da się wyjaławiać i nie rozkłada się. Gaza nowiformowa nie czernieje w ranie, tak jak kseroformowa. Nowiform działa też korzystnie na ziarninę, wysusza rany, a jest znacznie pewniejszy od kseroformu. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Środki balsamiczne w gruźlicy poleca Berliner (Berl. kl. Woch. 1913. 37) jako środek leczniczy. Dobre wyniki otrzymywał B., stosując mentol rozpuszczony w oliwie lub jodypinie w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych według następującego przepisu: Rp. Menthol, eucalyptol aa 20.0 ol. dericini 50.0 lub Rp. Menthol 10, eucalyptol 20.0, jodipini (25%) 50.0. Z początku wstrzykiwał przez 10 dni po 1 cm³ codziennie, dalsze wstrzykiwania stosował w przerwach 1- lub 2-dniowych. Dolegliwości podmiotowych u chorych nie zauważył. N.

Emetynę stosował Flaudin (Presse med. 1913, 78) w 20 przypadkach ciężkiego krwioplucia, w których wszelkie inne środki zawodziły. Wstrzykiwał on ten środek w ilości 1 cm³ 40% rozczynu podskórnie i miał osiągnąć wyniki nadzwyczaj pomyślne. Zaburzeń po wstrzykiwaniach nie zauważył. Działanie fizyologiczne emetyny dotychczas nie jest jeszcze dokładnie znane. N.

Sedobrol, jako sól spożywczą w żywieniu bezchlorowem, podawał Deutsch (Ther. d. Geg. 1913, wrzesień), w postaci zupy bromowej w przypadkach zapalenia nerek, tak ostrych, jak i przewlekłych, przebiegających z obrzękami lub bez nich. Dziennie podawał dwie porcye zupy, zawierające 4 gr. bromu i 0.4 gr. NaCl przez szereg dni lub tygodni. Równocześnie badał wydzielanie się soli kuchennej oraz oznaczał tolerancyę dla soli przed i po leczeniu bromowem. Chorych odżywiał poza tem dyetą mleczno-jarzynową. Ilość dozwolonej soli wynosiła 2—5 gr. Wpływu na wydzielanie moczu nie zauważył, jak również nie stwierdził, by pod wpływem bromu powstawały obrzęki. Wpływ jednak na wydzielanie soli kuchennej był bardzo wyraźny, wydzielanie soli wzmagało się w miarę zatrzymania bromu w ustroju; ilość białka nie ulegała zmianie. N.

Jod w kombinacyi z ichtyolem poleca Berger (Med. Klin. 1913, 46) do leczenia czyraczności (furunculosis). Postępuje w ten sposób, iż najpierw pędzluje obficie czyrak jodem, następnie nakłada na to ichtyol czysty w grubej warstwie; następnego dnia zmywa ichtyol ciepłą wodą i powtarza te zabiegi tak długo, aż zaczerwienienie i obrzęk zniknie, poczem odstawia jod, a smaruje tylko ichtyolem. W razie przebicia ropy czyrakowej nie stosuje jodu, tylko sam ichtyol. Przy tem postępowaniu zmniejszają się bóle, czas trwania skraca się, a po ustąpieniu czyraka pozostaje miękka elastyczna blizna. N.

Pituglandol stosuje Laenger (Ther. Monatsh. 1913, 9) w krwotokach jamy nosowej i płuc z dobrym wynikiem w postaci wziewań przetworu delikatnie rozpylonego zapomocą osobnego rozpylacza kroplowego. Ten sposób stasowania daje równie dobre wyniki, jak wstrzykiwanie podskórne. N.

Kamforę stosuje Seibert stale od roku 1909 (Münch med. Woch. 1909, 36) w postaci wstrzykiwań we wszystkich przypadkach włóknikowego zapalenia płuc u dorosłych w dawkach po 12 gr. dwa razy dnia. Z początku stosował olej kamforowy, później przeszedł do następnej kombinacyi: Rp. Camph. trit. 20.0, ol. olivar., aether aa ad 100.0. Od tego czasu stracił tylko jednego chorego; wszystkie inne przypadki skończyły się wyleczeniem, między tymi nawet u chorych, mających ponad 70 lat. Przebieg zapalenia płuc był łagodny. Obok kamfory podawał też S. zależnie od potrzeby czasem digalen lub inf. sennae, liq. ammon. anis. itp. Te wyniki Seiberta potwierdza najzupełniej Hötzel (Münch. med. Woch. 1913, 50). N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Krakowskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie dnia 28. I. 1914.

Przewodniczy prezes kol. Wojciechowski.

1) Prof. Rosner: **Kilka uwag o ewolucyi techniki cięcia cesarskiego.** Prelegent omawia w krótkości historyę cięcia cesarskiego i wspomina o różnych jego meto-

dach i sposobach operacyjnych. Przedstawia następnie chorą z »pelvis obtecta kyphotica«. U chorej tej wykonał R. cięcie cesarskie z powodu niestosunku porodowego, wynikłego z nieprawidłowej budowy miednicy. Przystępował do zabiegu w zamiarze wykonania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego. Z powodu jednak niezwyczajnej konfiguracyi i ułożenia macicy, wynikłej wskutek nieprawidłowej budowy kośćca, do odcinka dolnego dostać się nie mógł. Wobec tego wykonał cięcie cesarskie śródotrzewnie. Celem jednak ochronienia jamy otrzewnej przed ewentualnem zakażeniem nie wytaczał macicy na zewnątrz, tylko brzegi rany w otrzewnej przyszył do otrzewnej macicy. Cięciem podłużnem otwarł jej ścianę i wydobył żywy płód, zaszywszy w typowy sposób ścianę macicy puścił szwy, trzymające obie blaszki otrzewne i zaszył powłoki brzuszne. Operowana zupełnie zdrowa wraz z dzieckiem po 14 dniach opuściła klinikę.

W dyskusyi zabiera głos prof. Kader (jako gość) i podnosi zalety obszycia otrzewnej, przez co w wysokim stopniu ochrania się jamę brzuszną przed dostaniem się do niej drobnoustrojów, a sama operacya nabiera cech operacyi, wykonanej zewnątrzotrzewnie.

2) Kol. Szymanowicz przedstawia chorą lat 30, u której rozpoznano **skręt szypuły torbieli prawego jajnika w III miesiącu ciąży.** Chora zgłosiła się do kliniki, skarżąc się na bóle dołem brzucha, które powstały przed 10 dniami. Bóle te, obecnie znacznie mniejsze, rozpromieniają się ku kończynom dolnym. Chora podaje, że podobne dolegliwości miała podczas ostatniej ciąży przed dwoma laty. Przy badaniu stwierdzono w szczytach płuc zmiany gruźlicze. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Brzuch lekko równomiernie wysklepiony. Przy badaniu zewnętrznem: po stronie prawej nad więzadłem Pouparta wyczuwa się opór elastyczny, nieruchomy, lekko bolesny, sięgający do linii środkowej i 2 palce nad pępek. Przy badaniu wewnętrznem stwierdza się macicę powiększoną, wielkości pomarańczy, ze wszystkimi objawami ciąży. Przez sklepienie przednie i tylne wyczuwa się, obok macicy, trochę ku stronie lewej przesunięty, opór elastyczny, chełboczący, nieruchomy, lekko bolesny, wielkości głowy męzkiej. Zabieg operacyjny potwierdził rozpoznanie co do skręcenia torbieli, bo rzeczywiście znaleziono torbiel jajnika prawego, o szypule skręconej o 540°, pokrytą skrzepami krwi. Sieć, zrosła postronkowatym zrostem z górną kopułą torbieli, była również skręcona o 540°. Prelegent przedstawia torbiel wraz z częścią wyciętej sieci. Jajowód na guzie rozpięty, silnie ciemno-wiśniowo zabarwiony, zgrubiały. Guz cały silnie przekrwiony, ściana jego napięta. W szypule samej widać ostrą granicę między częścią krwawo nacieklą, odśrodkową, i prawidłowo zabarwioną— przymaciczną. W końcu dodaje S. kilka uwag o znaczeniu i niebezpieczeństwie, mogącem wyniknąć po tego rodzaju skręcie.

W dyskusyi zabiera głos: a) Prof. Rosner i podnosi rzadkość omawianego cierpienia; — b) Prof. Kader (jako gość) zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, jakie wogóle wynika ze skrętu sieci i wyraża zdziwienie, że tak znaczny skręt sieci wywołał tak małe zmiany podmiotowe i przedmiotowe.

3) Prof. Rosner przedstawia chorą, operowaną z powodu **samorodnego pęknięcia macicy w toku ciąży.** Chora lat 37, zgłosiła się na klinikę w stanie bardzo ostrej niedokrwistości. W wywiadach podaje, że rodziła dziewięć razy na czasie, zawsze siłami natury, roniła trzy razy, połogi prawidłowe. Ostatnią miesiączkę miała w pierwszych dniach maja 1913 r. Przebieg obecnej ciąży prawidłowy. 29. XII 1913 o 11 w południe, siedząc zupełnie spokojnie, poczuła chora słaby ból w brzuchu, poczem osłabła bardzo i zaczęło się jej ćmić przed oczami. Przestała również odczuwać ruchy płodu. Rozpoznano: Ruptura uteri in graviditate. Anaemia gravis. Płód nieżywy w jamie brzusznej wolno leżący. Dnia 30. XII o 11 w nocy wykonano następujący zabieg operacyjny. Otwarto jamę brzuszną i znaleziono bardzo dużą ilość krwi płynnej. Płód w utrzymanym pęcherzu płodowym wraz z łożyskiem leży w jamie brzusznej, zwrócony główką ku dołowi. Macica zupełnie skurczona, odsunięta na prawo. Jaje płodowe w całości usunięto i wtedy stwierdzono, że macica po stronie lewej od szyjki aż do dna rozerwana, a przydatki lewostronne leżą zupełnie od macicy oderwane. Macicę usunięto, amputując ją w obrębie szyjki, a jamę brzuszną wysetonowano. Chora dzisiaj ma się zupełnie dobrze i opuszcza klinikę zdrowa. Prelegent tłómaczy to samorodne pęknięcie macicy wadami w rozciąganiu się jej mięśnia, które zdaniem jego wystarczają w braku innej przyczyny do wywołania pęknięcia.

W dyskusyi przemawiają: a) kol. Markowa, która przypomina analogiczny przypadek, opisany przez Dobrowolskiego i b) kol. Wojciechowski.

4) Kol. Schlank przedstawia chorą **z zaśniadem groniastym.** Przedstawia ten przypadek z tego powodu, że w tym przypadku rozpoznać można było zaśniad groniasty, mimo że jeszcze nie odeszły grona. Rozpoznaje zaś zaśniad na postawie niestosunku wielkości macicy do czasu ciąży wedle wywiadów, a powtóre na podstawie stwierdzenia obustronnych guzów jajnikowych wielkości pięści, o powierzchni nierównej, morwowatej. Guzy te uważa S. za torbiele ciałek żółtych. Omawia przy tej sposobności postępowanie lecznicze przy zaśniadzie groniastym.

W dyskusyi zabiera głos kol. Szymanowicz, który jest tego zdania, że torbiele te raczej — jak nowsze badania wykazały — pochodzą z gruczołu śródmiąższowego (interstycyalnego).

Posiedzenie d. 10 II. 1914.

Przewodniczy prezes kol. Wojciechowski.

1) Prezes poświęcił kilka słów pamięci ś. p. kol. Festenburga i zawiadomił, że wysłał telegram kondolencyjny do wdowy. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Radwańska przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki wśród krwotoku po poronieniu. Ciepłota podniesiona do 38·2 i tętno 124 skłoniły przedewszystkiem do badania bakteryologicznego. Z szyjki macicznej wyhodowano czystą, hodowlę paciorkowca hemolitycznego. Silne krwawienie (hemogl. 32%, c. czerw. 2,400.000) zmusiło do opróżnienia macicy. Mimo obecności paciorkowców, po wyskrobaniu tylko jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38·8 i dalszy przebieg bezgorączkowy. Niezawsze więc obecność jadowitych bakteryi pogarsza rokowanie po wykonaniu wyskrobania. W krótkości omawia kol. Radwańska zapatrywania na **poronienie septyczne** Wintera, Döderleina, Veita i innych.

W dyskusyi a) kol. prof. Braun zapytuje, jakie było postępowanie po skrobaniu i czem wytłomaczyć można podniesienie ciepłoty po zabiegu. — b) Kol. Szymanowicz podnosi, że badanie wydzielin pochwowych nie ma wielkiego znaczenia w rokowaniu gorączki połogowej. Traugott badał cały szereg wydzielin pochwowych u ciężarnych i doszedł do przekonania, że te chore, u których znalazł paciorkowca hemolitycznego, wcale procentowo nie więcej gorączkowały, niż chore bez patologicznych drobnoustrojów. — c) W odpowiedzi kol. Radwańska zaznacza, że macica nie była po zabiegu wytamponowana, lecz tylko wytarta nalewką jodową i przepłukana lyzoformem. Podniesienie ciepłoty po zabiegu odnieść należy albo do wessania albo do jednorazowego wtargnięcia drobnoustrojów do obiegu krwi.

3) Kol. Schlank przedstawia chorą, u której rozpoznawano **zaśniad groniasty,** opierając się między innemi cechami, charakterystycznemi dla tego cierpienia, na obecności obustronnych torbieli gruczołu śródmiąższowego jajników. Torbiele te po urodzeniu zaśniadu zmniejszyły się nieznacznie.

W dyskusyi a) kol. prof. Braun jest tego zdania, że obecność takich obustronnych torbieli mogłaby zwracać podejrzenie na złośliwość sprawy i że w takim przypadku postąpiłby doszczętnie. — b) Kol. Szymanowicz zwraca uwagę, że obecność obustronnych guzów jajnikowych przy zaśniadzie groniastym nie jest wcale cechą złośliwości zaśniadu. Zwyrodnienie gruczołu śródmiąższowego ma właśnie być powodem nieprawidłowego rozwijania się jaja płodowego. Heimann pokusił się o podanie cech, charakteryzujących złośliwość zaśniadu, na podstawie jego budowy histologicznej, lecz dalsze badania przypuszczeń jego nie potwierdziły.

4) Prof. Rosner korzysta z nadarzającej się sposobności wskazania do **cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego** i zabieg ten przed gronem obecnych kolegów demonstruje.

5) Kol. Rosenhauch przedstawia **przypadek neuritis optica in gravida.** Chora w pierwszych miesiącach zauważyła postępujące osłabienie bystrości wzrokowej, obecnie (8. miesiąc księżycowy) od 2 tygodni znaczne pogorszenie. W pr. o. plc. 2 m., l. o. ∞, proj. niepewna. Mocz bez białka i cukru. Po wykonaniu sztucznego porodu w klinice Prof. Rosnera, już nazajutrz wzrok poprawił się o tyle, że prawem okiem rozpoznawała chora palce z 4 m., a w 2 dni później z 7 m. bez jakichkolwiek leków. Ponieważ odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, leczenie dalsze wskazane w kierunku przeciwkiłowym. Przy tej sposobności omawia R. w krótkości schorzenia nerwu wzrokowego występujące w ciąży, ich etyologię, rokowanie, leczenie i zapobieganie.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16. XII. 1913

L. Kryński: **O gastroenterostomii w leczeniu wrzodu żołądka.** Prelegent omówił zalety gastroenterostomii w porównaniu z wycięciem ściany żołądka, mianowicie: 1) znalezienie miejsca z wrzodem bywa niekiedy bardzo trudne, 2) owrzodzenia bywają liczne, w kilku miejscach błony śluzowej, 3) zespolenie żołądkowo-jelitowe działa leczniczo na samą przyczynę wrzodu, 4) stanowi zabieg daleko lżejszy i krótszy, a więc mniej narażający chorego na niebezpieczeństwo, niż wycięcie. Przeciwwskazaniem do gastroenterostomii będzie, oprócz stwierdzenia cech rakowatych wrzodu, usadowienie wrzodu w okolicy dna żołądka lub powyżej ku wpustowi. Zwykle stosujemy t. zw. gastroenterostomię przednią przedokrężniczą lub też tylną pozaokrężniczą. K. przed 2 laty wykonał jeszcze trzecią postać tego zabiegu, gastroenterostomię tylną przedokrężniczą. Z niepowodzeń po zespoleniu żołądkowo-jelitowem K. wymienia następujący bezpośrednio po operacyi t. zw. »circulus vitiosus« wskutek nieodpowiedniego wykonania zabiegu lub też wskutek niedostatecznej czy też wadliwej czynności nowego otworu w żołądku, (zwężenie bliznowate otworu, wypadnięcie śluzówki żołądka, skurczenie się i uniesienie ku górze żołądka). Tym ujemnym zjawiskom zapobiedz można 1) przez wycinanie dużego otworu, pokrywając go najdokładniej błoną śluzową i łącząc śluzówki obu narządów szczelnie, 2) przez zwężanie odźwiernika, 3) przez przecięcie i zupełne zamknięcie odźwiernika. K. jest zwolennikiem pierwszego przepisu. Co się tyczy następstw zespolenia żołądka z jelitem, to niewątpliwie przedostanie się żółci i soku trzustkowego po operacyi do żołądka stanowi zjawisko stałe i pożyteczne. Wogóle w operacyi zespolenia żołądkowo-jelitowego posiada leczenie wrzodu żołądka środek wyborny, najskuteczniej zwalczający to ciężkie cierpienie, dający dobre i coraz to lepsze wyniki lecznicze.

W dyskusyi: a) Leśniowski odróżnia wskazania do operacyi względne (niegojenie się wrzodu, częste krwawienia) i bezwzględne (zwężenie odźwiernika i bóle). Co do techniki, to nawet najlepiej wykonany otwór może z czasem zarosnąć. Wyłączenie odźwiernika powinno być jedynie czasowe. — b) Czarkowski J. zaznacza, że u nas względnie mało wykonywa się gastroenterostomii z powodu wrzodu żołądka. Wyłączanie odźwiernika uważa za konieczne (met. Dépagea). — c) Borzymowski uważa wymioty po operacyi za jedną z przyczyn wadliwego krążenia treści pokarmowej i dlatego unika wszelkich czynności, mogących wywołać wymioty po gastroenterostomii. B. zawsze usuwa przed operacyą resztki wody, pozostałej w żołądku po jego przemyciu, a po operacyi wstrzykuje morfinę dla przytłumienia odruchów, B. przypomina, że Rydygier uważa krwotoki żołądkowe za wskazanie do operacyi. B. operował z tego powodu 3 przypadki i ani razu nie wykrył źródła krwawienia; 2 przypadki skończyły się pomyślnie, w jednym nastąpiła śmierć. W 2 innych przypadkach B. nie operował i obydwa miały zejście śmiertelne. W jednym z nich sekcya wykazała tętniaka aorty, który pękł do przełyku i wywołał krwawe wymioty i stolce. Trudności rozpoznawcze B. uważa za jedną z przyczyn, powstrzymujących rękę chirurga od zabiegu w krwotokach przewodu pokarmowego. — d) Krauze zaznacza, że przyczyny »circuli vitiosi« są często niejasne; nie zgadza się z poglądem Borzymowskiego na przyczynę wymiotów po operacyi (wymioty trwają nieraz długo) Każda metoda operacyjna jest dobra przy dobrej technice. Sam operuje zwykle metodą Wölflera z modyfikacyą Brauna. — c) Sławiński sądzi, że jedynie dobra technika nie rozstrzyga o wynikach pomyślnych. Wrzody przyodźwiernikowe goją się dobrze; wobec guzów dna żołądka lub jego wielkiej krzywizny należy wyłączać odźwiernik. — d) Grundzach do wskazań bezwzględnych zalicza również przedziurawienie wrzodu. Zasadniczo jest zwolennikiem wycięcia. Do wskazań względnych zalicza wskazanie bytowe (ludzie pracy). Z powikłań wspomina o krwotoku pooperacyjnym. — e) Tuchendler A. jako cechy różniczkowo-rozpoznawcze wrzodu dwunastnicy od wrzodu żołądka przytacza: krwawienie jelitowe, a brak krwawienia do żołądka i żółtaczkę. — W odpowiedzi Landau A. potwierdza zdanie Czarkowskiego o częstości u nas wrzodu okrągłego i zaznacza, że obecność objawów nerwowych w rozpoznaniu różniczkowem nie przechyli szali na rzecz nerwicy żołądkowej. Nie zgadza się ze zdaniem Borzymowskiego, aby ostre krwotoki żołądkowe były wskazaniem do operacyi, ani ze zdaniem Grundzacha, by we wrzodzie żołądka zawsze wykonywać wycięcie.

Posiedzenie kliniczne d. 20. I. 1914.

1) J. Wiśniewski przedstawił chorego **z przymiotem złośliwym** ze znaczną poprawą po wstrzyknięciu salwarsanu.

2) Klejn i I. Judt przedstawili rentgenogram płuc z przypadku **limfogranulomatozy uogólnionej.** Sprawa dotyczyła chłopca 13-letniego, u którego przed $1^1/_2$ rokiem powiększyły się gruczoły pachwinowe, a w $^1/_2$ roku później powiększeniu uległy wszystkie dostępne badaniu gruczoły. Rozpoznanie, oparte na przebiegu, badaniu krwi i mikroskopowem badaniu wyłuszczonego gruczołu, stwierdziło limfogranulomatozę. Wobec stwierdzenia przez badanie fizyczne obecności guza w klatce piersiowej, poddano chorego prześwietlaniu promieniami Roentgena. Badanie to wykryło znaczne nagromadzenie gruczołów powiększonych w obu wnękach płucnych, a jednocześnie nader rzadko spotykane zmiany w miąższu płuc; są to niezliczone drobniutkie guziczki, rozsiane w płucach na całej przestrzeni od szczytów do podstawy.

W dyskusyi a) Gajkiewicz zapytuje, czy prawidłowo w płucu dużo jest gruczołów i naczyń chłonnych? — b) Sokołowski A. zaznacza, że znane są w piśmiennictwie z okresu przed odkryciem prątka Kocha przypadki gruźlicy ostrej, przebiegającej łagodnie i z zejściem pomyślnem.

Być więc może, że w tych przypadkach guziczki rozsiane w płucach były natury limfogranulomatycznej, która to sprawa, mając również pewien związek z gruźlicą, mogłaby dawać owe postacie gruźlicy ostrej. — c) W odpowiedzi Klein zaznacza, że w płucach znajdują się w obfitości naczynia chłonne i że każdy narząd może być dotknięty granulomatozą. W sprawie gruźliczego pochodzenia granulomatozy K. zwraca uwagę, że znajdowano niekiedy w wytworach chorobowych t. zw. ziarenka (granula) Mucha, które utożsamiano z lasecznikami gruźliczymi, gdy inni badacze uważali je za twory zgoła swoiste; sprawa ta pozostaje nierozstrzygniętą.

3) Klejn: **O nieznanej dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego i prawdziwej białaczce macierzystej.** Dane, zdobyte przez prelegenta w blisko 120 przypadkach białaczki i innych spraw chorobowych, doprowadziły do wyników następujących: 1) W prawidłowym szpiku kostnym człowieka, obok myeloblasta i erytoblasta, znajduje się nieznana dotychczas postać leukocyta, myelogonia, która wykazuje cechy zupełnie swoiste, stawiające ją na odrębnem stanowisku w systemie leukocytów. Owa myelogonia jest komórką macierzystą wszystkich komórek szpiku kostnego, a więc myeloblastów, megaloblastów, megakaryocytów i polykaryocytów, jest zagadnieniem, które trudno na zasadzie naszych badań rozstrzygnąć. 2) Myelogonia jest prawdopodobnie identyczna z zarodkowym dużym limfocytem Maksimowa i z hemogonią Molliera. A i dalsze okresy rozwoju tej komórki odpowiadają tymże okresom powyższych komórek. 3) Z myelogonii przez różniczkowanie wytwarza się megakaryocyt i polykaryocyt. Te dwie komórki są morfologicznie identyczne, budowa ich jądra jest podobna do budowy jądra myelogonii. 4) Przez wytwarzanie się w protoplazmie myelogonii hemoglobiny powstaje pierwotny megaloblast, który posiada jeszcze jądro myelogonii i który przetwarza się w zwykły megaloblast. 5) W protoplazmie myelogonii znajdują się swoiste ziarna azurofilne, które są identyczne z ziarnami, opisanemi przez Schriddego w megakaryocytach. 6) Myelogonia stanowi niezbędny składnik metaplazyi szpikowej; niekiedy bujanie myelogonii jest umiarkowane, w białaczce myeloblastycznej bujanie to jest bardzo wyraźne. 7) Myelogonie i megakaryocyty już w warunkach prawidłowych przechodzą do krwi; w warunkach patologicznych zjawisko to występuje bardzo wyraźnie, tu jednak większość megakaryocytów zatrzymuje się w naczyniach włoskowatych. 8) We krwi prawidłowej znaleźć można wyłącznie zwyrodniałe i pyknotyczne jądra myelogonii i megakaryocytów. W stanach chorobowych, szczególniej zaś w myelozie przewlekłej, znaleźć można we krwi nietylko zwyrodniałe, ale i dobrze zachowane całe myelogonie. W przypadkach ostrej i przewlekłej białaczki myeloblastycznej zjawiają się myelogonie w liczbie zmiennej, przeważnie w postaci dobrze zachowanych komórek. 9) Istnieje postać białaczki, dotychczas zupełnie nieznana, białaczka czysto myelogoniczna (Myelogonienleukaemie), w której myelogonia panuje w obrazie mikroskopowym krwi i tkanek; jest to prawdziwa białaczka macierzysta (Stammzellenleukaemie). Dotychczas poznaliśmy czystą postać tylko mikromyelogoniczną; nie ulega jednak wątpliwości, iż istnieje także czysta postać makromyelogoniczna. 10) Główną czynność megakaryocytów stanowi wytwarzanie płytek, dlatego też należy przejście megakaryocytów do naczyń włoskowatych tkanek uważać za objaw celowy, ułatwiający oddzielanie się płytek od megakaryocytów.

Tadeusz Borzęcki

Towarzystwo lekarskie radomskie.

98 Ogólne Zebranie dnia 25 października 1913 r.

Obecnych 15 członków.

Przewodniczącym Zebrania wybrany kol. H. Fidler, który odczytuje nadeszłą korespondencyę: 1) Odezwę Zjazdu fizyoterapeutycznego w Petersburgu o wzięcie udziału; 2) odezwę II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Król. Polskiego w Lublinie, z prośbą o wybranie podkomitetu radomskiego z 3 osób; 3) odezwę grona byłych i obecnych uczniów Dra Alf. Sokołowskiego w sprawie jubileuszu jego 40-letniej pracy lekarskiej.

Odezwę Zjazdu fizyoterapeutycznego w Petersburgu przyjęto do wiadomości, co do Zjazdu w Lublinie latem p. r. zostali wybrani do podkomitetu radomskiego koledzy: Pełczyński, Raszkes i Szczepaniak, którzy wybór swój przyjęli, o czem postanowiono zawiadomić Komitet główny Zjazdu w Lublinie.

Do Dra Alfreda Sokołowskiego w Warszawie w dniu jubileuszu jego postanowiono wysłać depeszę tej treści: »Towarzystwo lekarskie radomskie w uznaniu 40-letniej gorliwej pracy na niwie lekarskiej, niespożytych zasług dla ojczystej ftyzyologii oraz piśmiennictwa lekarskiego, dla uświadomienia społeczeństwa o konieczności i sposobach walki z gruźlicą, dla powstania odpowiedniej organizacyi i leczenia, dla wysokiej ofiarności na cele publiczne, dla wyszkolenia całego zastępu dobrych pracowników lekarskich, śle słowa głębokiego hołdu Czcigodnemu Jubilatowi Drowi Sokołowskiemu, znakomitemu lekarzowi polskiemu, zacnemu obywatelowi kraju, bezinteresownemu przewodnikowi młodzieży lekarskiej, życząc Mu długich jeszcze lat w czerstwem zdrowiu na pożytek bliźnim i chwałę wiedzy ojczystej«.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Szczepaniakowi dla wygłoszenia: »Projektu regulaminu sądu koleżeńskiego, wypracowanego przez skład obecny sądu koleżeńskiego w osobach kolegów: Kondratowicza, Finkelszteina i Szczepaniaka.

Po odczytaniu »Projektu« wywiązała się dłuższa i ożywiona dyskusya, uchwalono liczne zmiany, oraz postanowiono poświęcić jeszcze jedno zebranie ogólne celem rozpatrzenia i uchwalenia wyżej wspomnianego regulaminu. Zabierali głos oprócz autorów projektu koledzy: Fidler, Idzikowski, Pełczyński, Raszkes i inni.

99. Ogólne Zebranie dnia 29 listopada 1913 r.

Obecnych członków 13. Przewodniczącym zebrania wybrany kol. H. Fidler.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kołodnew przedstawia chorą po operacy. **przepukliny** uwięźniętej z objawami otrzewnymi (hernia inguin. labialis dextra permagna) — wielkości głowy dorosłego człowieka.

W dyskusyi brali udział koledzy: Kosicki, Przychodzki i Raszkes.

2) Kol. Przewodniczący wita gościa, kol. Annę Mulierównę, poczem odczytuje odezwę Towarzystwa krajoznawczego co do pomieszczenia Muzeum krajoznawczego, ofiarowanego przez księdza Jana Wiśniewskiego, prefekta szkół radomskich, obecnie proboszcza w Borkowicach, w lokalu naszego Towarzystwa. Zgodzono się, zaznaczając, że Towarzystwo nasze nie bierze na siebie odpowiedzialności za całość zbiorów.

Poczem kol. Przewodniczący odczytuje treść depeszy, wysłanej przez Zarząd Towarzystwa do drugiego jubilata warszawskiego, kol. Mikołaja Rejchmana: »Towarzystwo lekarskie radomskie w uznaniu wysoce pożytecznej 40-letniej pracy lekarskiej, zasług dla ojczystego piśmiennictwa, koło stworzenia nowej u nas gałęzi wiedzy lekarskiej, nieznanych dotąd metod badania i leczenia, wyszkolenia całego zastępu dzielnych gastrologów, śle Czcigodnemu Jubilatowi Drowi Rejchmanowi, pierwszemu gastrologowi polskiemu, wyrazy głębokiego hołdu oraz życzenie długich lat dla pożytku bliźnich i chluby wiedzy ojczystej«. Przytem kol. Przewodniczący wygłasza dłuższe przemówienie o zasługach kolegów Sokołowskiego i Rejchmana dla nauki lekarskiej i społeczeństwa, proponując zebranym zaliczenie obydwóch tak zasłużonych mężów w poczet członków ho-

norowych Towarzystwa, co obecni jednogłośnie uchwalają i postanawiają przygotować i wysłać odpowiednie dyplomy.

3) Kol. Przewodniczący postanawia balotowanie na członka rzeczywistego Towarzystwa kol. Stefana Kamińskiego z Białobrzeg nad Pilicą. Po obliczeniu głosów okazało się, że kol. Kamiński został jednogłośnie wybrany w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa.

4) Debaty nad regulaminem sądu koleżeńskiego postanowiono odłożyć do następnego zebrania ogólnego, t. j. w miesiącu grudniu.

5) Kol. Kołodnew wygłasza odczyt: **O leczeniu operacyjnem zapalenia wyrostka robaczkowego.** Omówiwszy wszystkie zalety wczesnej operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego, a także niebezpieczeństwo, wynikające z wyczekiwania i zwlekania z operacyą, referent dochodzi do następujących wniosków: 1) Wczesna operacya, t. j. operacya wykonana w ciągu pierwszych 48 godzin ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powinna znaleść jak najszersze zastosowanie. 2) Przy ograniczonym ropniu możemy poprzestać tylko na otwarciu ropnia, pozostawiając operacyę doszczętną na później. 3) Ropne zapalenie otrzewnej po zapaleniu wyrostka powinno być leczone zapomocą operacyi z wyjątkiem tych przypadków, kiedy chory jest już w agonii. (Streszczenie własne prelegenta).

W dyskusyi nad odczytem kol. Kołodnewa, nader ożywionej, brali udział koledzy: Kosicki, Fidler, Kellerworm, Cung, Raszkes i inni. Po odpowiedzi kol. prelegenta kol. Przewodniczący dziękuje kol. Kołodnewowi za zajmujący i ciekawy odczyt w sprawie żywo interesującej ogół lekarzy, tak chirurgów, jak i internistów.

6) Na zakończenie kol. Cung przedstawia chorego **z typową akromegalią.** Sekretarz Dr T. Rakowski.

Medycyna publiczna. Higiena.

Braki i niedomogi nowej ustawy z dnia 14. IV. 1913 o tłumieniu chorób zakaźnych, szczególnie z uwzględnieniem Galicyi

podał

Dr Władysław Czyżewicz

c. k. starszy lekarz powiatowy w Jarosławiu.

(Referat na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Galicyi w d. 16. II. 1914).

Przystępując do wyznaczonego mi referatu, przyznam się otwarcie, że przejmuje mnie pewna obawa i zniechęcenie. Obawa, albowiem temat ten już tylokrotnie był poruszany na rozmaitych zgromadzeniach lekarzy rządowych, opracowany w dziennikach lekarskich i roztrząsany w Radzie Państwa, że obecnie po znakomitym referacie mego poprzednika, kolegi Dra Kuhna, referat mój musi wypaść mdło, a mimo tego zająć dosyć czasu.

Zniechęcenie powstaje z powodu, że mimo kilkakrotnych usilnych starań tak Związku państwowego lekarzy rządowych w Austryi, jak i uchwał Związków prowincyonalnych, oraz Zjazdu w Krakowie, nietylko nie powołano do ankiet lekarzy powiatowych z prowincyi, najlepiej obznajmionych z potrzebami ludności, nie wysłuchano ich opinii, ale wszelkie prośby i memoryały zostają bez żadnej odpowiedzi i systematycznie pomijane milczeniem.

Ustawę o tłumieniu chorób zakaźnych układali autorowie, zajmujący wybitne stanowiska jako profesorowie uniwersytetu na Wydziałach lekarskich i prawnicy. Niestety mimo wybitnych zasług na polu wiedzy brak było autorom ustawy praktycznej znajomości potrzeb ludności różnych krajów Austryi, a następstwem tego jest, że ustawa, ułożona przy zielonym stoliku, wykaże w wykonywaniu i przeprowadzaniu jej niedostatki, których zwalczenie i usunięcie będzie omal niemożliwem.

Niedomogi te okażą się w całem państwie, ale w znaczniejszym jeszcze stopniu w Galicyi, w której dotychczas omal zupełnie brak nietylko lekarzy gminnych po wsiach, ale wogóle zamało jest lekarzy, tak że wzywanie ich do chorych wobec znacznego oddalenia i kosztów jest utrudnione, a często niemożliwe. Lud nasz, obawiając się tych kosztów, nie troszczy się o pomoc lekarską, szuka jej tylko w wyjątkowych razach, a raczej wierzy w pomoc babek wiejskich, w gusła, które nie uznają żadnej choroby zakaźnej. Powtóre nasze gminy, tak miejskie, jak i wiejskie, są przeważnie ubogie, w kasach pustki, niewiadomo więc, skąd będą mogły czerpać fundusze, ażeby odpowiedzieć przepisom ustawy. Potrzecie Galicya jest krajem pogranicznym z Rosyą i Królestwem Polskiem, oraz Węgrami, skąd bywają zawlekane choroby zakaźne, a będąc przedmurzem Austryi przeciw tym chorobom, wymaga znacznie ostrzejszej kontroli i znacznie większych zabezpieczeń, aniżeli inne kraje koronne.

Te trzy powody skłoniły: Wydział Związku, że jako główny temat dzisiejszego zebrania obrał nową ustawę o tłumieniu chorób zakaźnych, w przekonaniu, że zebranie to wykaże właśnie odrębne stosunki, panujące u nas w kraju i wykaże potrzebę dla tego kraju doniosłych zmian, które powinny być w drodze rozporządzeń wprowadzone w życie. Mojem i dyskusyi zadaniem jest wykazać te niedomogi. Czy to jednak nie będzie głosem, wołającym na puszczy, nie chcę rozstrzygać. W każdym razie lekarze rządowi Galicyi będą mogli śmiało powiedzieć, że zawczasu zwracali uwagę na braki ustawy i na grożące stąd niebezpieczeństwa.

Zastrzegam się jednak, że pomimo wszelkich jej braków uważam nową ustawę za znaczny postęp w zakresie ustawodawstwa sanitarnego już z tego powodu, iż znosi ona dotychczasowe, nieraz prawie nieuzasadnione zarządzenia przy tłumieniu chorób zakaźnych, oparte nie na ustawie, tylko na osobistem przekonaniu lekarza i na dorywczych rozporządzeniach. Zarządzenia nowej ustawy opierają się na najnowszych postępach higieny, zabezpieczają byt lekarzy, pielęgniarzy oraz wdów i sierót, którzy padli ofiarą przy tłumieniu chorób zakaźnych, i przyrzekają choć częściowe wynagrodzenie ludności ubogiej za straty, poniesione wskutek choroby zakaźnej.

Po tym, może nieco przydługim wstępie, przechodzę do niedomagań ustawy w stosunku do naszego kraju, przyczem nadmieniam, że do referatu byłem zmuszony posługiwać się niemieckim tekstem ustawy, tłomaczenie bowiem polskie jest wadliwe i urąga mowie naszej.

Między chorobami zakaźnemi, objętemi ustawą, brak jest kilku, które dla naszego kraju mają ogromne znaczenie, a temi są odra, krztusiec, dalej grypa, ospa wietrzna, świerzb, w końcu kiła i gruźlica. Natomiast wymienia ustawa choroby, które u nas są prawie obojętne, albowiem albo dotychczas nigdy się nie ukazały, albo też tylko sporadycznie, nie przybierając charakteru epidemii, a do tych należą żółta febra, wąglik, nosacizna, trąd. Na szczęście jednak w ustępie 2 § 1 jest mowa o innych chorobach zakaźnych, które będą mogły być podciągnięte pod obowiązek donoszenia, jeżeli ukażą się w miejscowościach leczniczych, zakładach i internatach (o szkołach niema wzmianki).

Omawiając znaczenie chorób zakaźnych, których właśnie w § 1 ustawy brakuje, muszę się bliżej zatrzymać nad odrą i krztuścem, albowiem te właśnie choroby mają w Galicyi wielkie znaczenie.

Jeżeli weźmiemy do rąk statystykę z lat 1908, 1909 i 1910, to okazuje się, że w Galicyi umarło wskutek odry w roku:

1908	3537	osób
1909	7650	»
1910	6510	»
Razem w trzech latach	17699	osób.

W tym samym okresie zmarło wskutek odry w całej Austryi (18 prowincyi) 30.393, czyli na Galicyę przypada 58·5% zmarłych. Stosunek ten nie uległ zmianie i w ostatnich 3 latach, co świadczy wybitnie, że gdy w innych krajach Austryi śmiertelność z powodu odry wynosi zaledwie 100 do 500 osób, to u nas średnio około 6.000; do tego należałoby jeszcze doliczyć i znaczną część przypadków śmierci wskutek następowych chorób płuc i gruźlicy, czego wykazy statystyczne nie obejmują.

Ta sama statystyka wykazuje, że wskutek krztuśca umarło w Galicyi w roku:

1908	6256	osób
1909	5164	»
1910	6012	»
razem w 3 latach	17432	osób,

a w całej Austryi 27.620 osób, czyli w Galicyi w 3 latach śmiertelność wynosiła średnio 63% śmiertelności całej Austryi, a liczba zmarłych rocznie wynosiła średnio 6000 osób; w innych krajach Austryi umierało najwyżej 400.

Te przerażające liczby zmarłych wskutek powyższych dwu chorób, ostrzegają kraj i państwo, że chorób tych nie można lekceważyć, ale w Galicyi trzeba je tępić na równi z każdą inną chorobą zakaźną przy użyciu wszelkich możliwych sposobów i środków. Niestety ustawa z dnia 14. IV. 1913 choroby te pomija zupełnem milczeniem. Co więcej, Ministerstwo, nie czekając wcale wydania rozporządzeń wykonawczych, jednym zamachem w rozporządzeniach z dnia 24. XII. 1913 L. 26259 znosi wszelkie komisye, mające na celu zbadanie tych chorób, z wyraźnem zastrzeżeniem, że koszta takich komisyi będą tylko wyjątkowo po uzasadnieniu gwałtownej potrzeby wypłacone. Czy tego rozkazu posłucha odra i krztusiec, czy pozwoli wymazać się z rzędu groźnych dla dziatwy chorób zakaźnych, powątpiewam. Zdaje mi się, że skutek tego rozkazu będzie taki sam, jak przed kilkunastu laty przez jednego z generałów w Galicyi wypowiedzianego życzenia: »Bei mir gibt's kein Trachom«. Życzenia tego usłuchano, asenterowano rekrutów z jaglicą, a w następstwie usuwano potem setki chorych z wojska i przez nich rozszerzano zapalenie egipskie oczu po kraju, tak że w nowej ustawie o tłumieniu chorób zakaźnych stało się ono specyalnym Benjaminkiem.

Wskutek powyższego rozporządzenia Ministerstwa, stoją lekarze urzędowi bezsilni wobec odry i krztuśca, a już obecnie zwierzchności gminne i zarządy szkół, donosząc o tych chorobach, żądają pomocy i czynią wymówki, że doniesienia ich pomija się milczeniem, co działa ujemnie na stanowisko i powagę władz i rzuca złe światło na działalność lekarza powiatowego. Gorzej jeszcze dzieje się w tych powiatach, gdzie starostowie wysyłają wobec takich doniesień żandarma do sprawdzenia, czy choroba przypadkiem nie przybiera groźnego charakteru; żandarm jest tam »fachowym znawcą«, a chodząc od domu do domu, od gminy do gminy, także i roznosicielem choroby. Wkrótce i to ustanie, ludność przestanie donosić o odrze, ale możemy być przekonani, że wtedy pod pozorem odry będzie się także ukrywać i płonica, a za zatajenie jej nie będzie można nikogo pociągać do odpowiedzialności z pośród ludności, albowiem rozpoznanie różniczkowe tych obydwu chorób jest nieraz i dla lekarzy niełatwe.

Brak więc w nowej ustawie obowiązku donoszenia o odrze i o krztuścu stać się może przyczyną nietylko gwałtownego rozszerzenia się tych chorób w Galicyi, ale i rozszerzania się płonicy po całym kraju; cmentarze wiejskie zapełni się tysiącami ofiar zmarłych, ludność zaś zarzuty skieruje przeciw lekarzom rządowym, zarzucając im bezczynność i niesumienność.

Drugą grupę chorób, o których donoszenia ustawa nie nakazuje, a temsamem i wszelką działalność władz sanitarnych przeciw nim udaremnia, stanowią grypa, ospa wietrzna i świerzb.

Choroby te same przez się nie są straszne, chociaż grypa dużo ofiar zabiera przez choroby następowe. W krajach o wysokiej kulturze tępienie tych chorób ze strony rządu jest zbyteczne, w tych bowiem krajach ludność sama lekarza wzywa i do jego rad się stosuje. W Galicyi do chorych na grypę, nawet ciężką, ludność lekarza nie wzywa; chorzy sami zwykle chcą się leczyć, a wobec braku odpowiednich wiadomości nie mogą ocenić doniosłości choroby. Pod pozorem grypy będą się kryć dur plamisty, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, pod pozorem ospy wietrznej, szczególniej w powiatach granicznych, ospa prawdziwa zmodyfikowana szczepieniem, a wtedy, gdy znaczna śmiertelność zwróci uwagę władz i nastąpi dochodzenie, dur plamisty lub ospa przybiorą już groźne rozmiary i tłumienie ich stanie się w wysokim stopniu utrudnione.

Wogóle jestem przekonany, że wskutek tych niedostatków ustawy tyloletnia nasza praca nad stłumieniem w Galicyi duru plamistego, która między samymi lekarzami rządowymi pochłonęła kilkadziesiąt ofiar, może wkrótce pójść na marne. Na dowód zapytuję Szanownych Kolegów, czy wogóle ludność donosiła im kiedykolwiek o durze plamistym (prócz doniesień lekarzy), czy też tę chorobę wykrywali tylko przy doniesieniach o grypie lub o nieokreślonej chorobie, połączonej z gorączką, bólem głowy, łamaniem w kościach i t. d.

Różnice ospy wietrznej od ospy prawdziwej niezawsze są tak wybitne, rozpoznanie nawet dla lekarzy niezawsze łatwe, ludność zaś, nawet słysząc o ospie, panującej w okolicy lub za granicą, nie będzie w takich przypadkach wątpliwych robić doniesień, bo będzie się obawiać ograniczeń wolności osobistej.

Świerzb jest wprawdzie chorobą lekką, ale budzącą wśród ludu pogardę dla chorych, stąd też i chorzy na świerzb tają się zawsze z tą chorobą, nie leczą się, a chorobę dopiero przypadkiem wykrywa się przez szkołę, przy asenterunku lub gdy już gromadnie we wsi wystąpi; wtedy leczą się wprawdzie wszyscy chorzy, ale dopiero zmuszeni do tego przez władzę. Jeżeli o świerzbie nie będzie się wcale donosić i w danym razie jego przypadków ani sprawdzać, ani leczyć, to rozszerzy się gwałtownie nawet wśród inteligencyi, która, nie wiem, czy będzie za to wdzięczną władzy sanitarnej i ustawie o tłumieniu chorób zaraźliwych.

Co do trzeciej grupy chorób zaraźliwych, które nie są wymienione w § 1. ustawy, t. j. gruźlicy i kiły, to o nich mówić nie będę, albowiem co do tych chorób mają być wydane osobne ustawy. O ile jednak sądzić można z dotychczasowej powolności w uchwalaniu podobnych ustaw, to jestem przekonany, że bardzo wielu z obecnych na dzisiejszem zgromadzeniu nie doczeka się w czynnej służbie wejścia w życie tych ustaw. Jak już wspomniałem, w drugim ustępie paragrafu pierwszego ustawy jest wzmianka o innych, niewymienionych poszczególnie, chorobach zaraźliwych, przy których można nałożyć obowiązek donoszenia. Skąd jednak i w jaki sposób o istnieniu takich chorób ma się władza dowiedzieć, o tem w całej ustawie niema wzmianki. Wątpię, żeby ten obowiązek nałożono na naczelników gmin lub pojedyncze osoby, tembardziej, że doniesienie samo nie wystarczy do delegowania lekarza, tylko dopiero gwałtowne szerzenie się choroby. Do sprawdzania chorób zaraźliwych u zwierząt, do nadzoru nad wykonaniem przepisów weterynaryjnych są ustanowieni przynajmniej w pogranicznych posterunkach żandarmi kontrolni. Czy i dla dobra ludzi będzie podobny organ utworzony, nie przesądzam, jednak nie dowierzam, życie bowiem ludzkie jeszcze dotychczas jest szacowane niżej od życia zwierząt domowych. Podnoszę tylko, że jakaś kontrola w tym względzie powinna być zaprowadzona.

§§ 2, 3, 4, i 5 ustawy, mówiące o sposobie doniesień do władzy politycznej i o osobach do tego zobowiązanych, są dość bałamutne, ale zresztą nie można im wiele zarzucić z wyjątkiem § 4, który o zapaleniu egipskiem ócz nakazuje przesłać doniesienie do władzy politycznej aż telefonicznie lub telegraficznie lub osobnym posłańcem. Jestem przekonany, że takie doniesienie o jaglicy nigdy nie nastąpi, chyba wyjątkowo od lekarzy. Należy tu podkreślić, że dur brzuszny, czerwonka, nagminne zapalenie opon mózgowych, a nawet gorączka połogowa wymagałyby dużo szybszej interwencyi lekarza rządowego, niż jaglica, a jednak tak w tym paragrafie, jak i w dalszych, są niżej od zapalenia egipskiego ócz stawiane i nie żąda się tak nagłych doniesień.

Część II ustawy jest dla nas najważniejszą, albowiem dokładnie wymienia, co, jak i kiedy należy zarządzać. Sposób zarządzeń podany w ustawie idzie w parze z postępem higieny. Zarzucić tylko mogę, że mimo oświadczenia Rządu w Izbie posłów, iż zakres działania lekarzy zostaje znacznie rozszerzony, nigdzie w ustawie tego rozszerzenia dopatrzyć się nie można; wszędzie jest mowa o »władzy«, nawet czasem z dodatkiem »sanitarnej«, ale nigdzie o lekarzach rządowych. Ta stylizacya ustawy, jeżeli sprawa w rozporządzeniu wykonawczem nie będzie dokładniej wyjaśnioną, może stać się przyczyną bardzo niemiłych scysyi między lekarzami rządowymi a kierownikami starostw i ograniczyć rolę lekarza rządowego do zera, jak w ostatniej ustawie o sile zbrojnej. Władza sanitarna jako taka nie istnieje, istnieje tylko władza polityczna, a przedstawia ją kierownik starostwa i on wszystko bez możności protestu rozstrzyga. Wobec takich warunków n. p. § 7. ustawy, przepisujący przymusowe przeniesienie chorego do szpitala, może nigdy nie będzie wykonany, albowiem lekarz rządowy, nie chcąc narazić się na kompromitacyę wobec stron, sam nigdy nie zarządzi przymusowego przeniesienia, nie będąc pewnym potwierdzenia ze strony starostwa. Powtóre osiągnięcie tego potwierdzenia wymaga czasu, a więc nie może nastąpić za pierwszym wyjazdem lekarza, dopiero w kilka dni; wtedy zaś stan chorego może na przeniesienie nie zezwolić, a odosobnienie chorego stanie się już zbyteczne, w tych bowiem kilku dniach już i domownicy, którzy byli razem z chorym, albo zakazili się lub też okazali odporni względem zarazka chorobotwórczego.

Na szczególniejszą uwagę w tej części ustawy zasługują § 10, 11, 15, 23, stojące w związku z § 4., t. j. zarządzenia mające na celu tłumienie jaglicy. Zarządzenia te należy powitać jako postęp. Czy one jednak naprawdę będą wykonane i czy osiągną cel pożądany, wątpię. Przedewszystkiem z zestawienia tych paragrafów wynikałoby, że wobec jaglicy miałyby zastosowanie równie ostre środki, jak wobec innych bardzo groźnych chorób zakaźnych. Jednakże tępienie jaglicy takich ostrych środków zaradczych chyba nie potrzebuje, a wykonanie takich poleceń natrafiłoby w kraju na nieprzezwyciężone trudności. Następnie, ażeby jakąś chorobę zakaźną stłumić, trzeba ją znać dokładnie, mieć wiadomości o jej rozszerzaniu się i mieć środki

do przeprowadzenia leczenia. Tymczasem wiemy z długoletniego doświadczenia, że o jaglicy bardzo często sami chorzy nie wiedzą, a przeciwnie przy komisyach poborowych często stanowczo twierdzą, że zupełnie są zdrowi. Ale i dla wielu lekarzy jest rozpoznanie jaglicy sprawą sporną. Jakże więc można żądać od chorych, ażeby każdy o swojej chorobie ócz donosił, kiedy on sam w początkach tej choroby o niej nie wie. O rozszerzaniu się choroby tak w przyszłości, jak i teraz, mało będą lekarze rządowi wiedzieć. Dość wspomnieć, że obecnie wiemy w każdym powiecie o kilku, kilkudziesięciu, czasem nieco więcej chorych, chociaż w każdym powiecie jest z pewnością po kilkuset chorych na jaglicę. Drakońskie przepisy nie usuną jaglicy, ażeby zaś ją wytępić muszą być celem wykrycia chorych na jaglicę całe wsie przez lekarzy zbadane co do chorób ócz, muszą być badani robotnicy sezonowi, wracający z robót w Niemczech, przy przekroczeniu granicy państwa, musi być zaprowadzone leczenie ambulatoryjne po wsiach, ażeby chorzy z łatwością leczyć się mogli, pracując bez przerwy w swym zawodzie i nie tracąc czasu na wędrówki do ambulatoryów odległych, szpitale bowiem nasze nie mogłyby przyjąć tego kilkutysiącznego tłumu chorych dla braku miejsca i dla braku dostatecznej liczby odpowiednich sił lekarskich.

Zamiast ostrych przepisów co do jaglicy powinna była ustawa zwrócić większą uwagę na dur brzuszny i czerwonkę, które rok rocznie tysiące ofiar pochłaniają.

§ 9 i 18 ustawy wyklucza osoby będące w styczności z choremi zakaźnemi od uczęszczania do szkoły, choroba zakaźna musi jednak być jedną z tych, które podlegają obowiązkowi donoszenia. Mimowolnie nasuwa się pytanie, jak postąpi władza szkolna z osobami, będącemi w bezpośredniej styczności z chorymi na odrę, krztusiec, dalej z chorymi łuszczącymi się po odrze, chorymi na świerzb, a nawet kiłę, wobec okólnika Rady szkolnej krajowej z dnia 26. I. 1887 L. 10359 (wydanego na podstawie upoważnienia Ministerstwa wyznań i oświaty z dnia 22. VIII. 1885 L. 13321 po porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych); czy i ten okólnik straci moc prawną?

Dalej nigdzie nie powiedziano w ustawie, kto ma w razie potrzeby zamykać szkołę. Sprawa ta już obecnie stała się sporną między władzami szkolnemi a lekarzami rządowymi. Władze szkolne, chcąc powstrzymać szerzenie się odry i krztuśca i opierając się na okólnikach Rady szkolnej krajowej, donoszą nieraz, że jest kilkudziesięciu uczniów chorych na odrę, krztusiec i t. p. i żądają zamknięcia szkoły. Lekarz powiatowy nie może jednak według nowej ustawy wyjechać celem sprawdzenia tej choroby, a nie wiedząc, jak ona przebiega, jak się rozszerza, czy jest rzeczywiście odrą, nie może on orzec i zamknięcia szkoły. Szkoła więc pozostaje otwartą, choroba szerzy się po całej gminie, a nawet przenosi się do sąsiednich gmin i powiatów, w ławkach szkolnych pustki, a nauka nie odbywa się prawidłowo. Przypadki takie są częste, a ja sam w moim powiecie w ostatnim kwartale 1913 miałem takich doniesień niezałatwionych siedem, które przesłałem do rozstrzygnięcia Namiestnictwu. Szkoły były otwarte, lekarz nie sprawdzał chorób, ale za to wykazy statystyczne o ruchu chorych za IV. kwartał 1913 wykazują bardzo znaczną liczbę zmarłych na odrę i koklusz.

Mógłby ktoś z nieświadomych zrobić w tem miejscu uwagę, że do zamknięcia szkoły z powodu choroby zakaźnej niekonieczna jest interwencya lekarza rządowego, jak tego wymaga rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 13 maja 1896 L. 38739, ale wystarczą władze szkolne miejscowe. Wobec takiego zarzutu muszę przedstawić genezę i potrzebę tegoro zporządzenia.

W roku 1895 Rada szkolna krajowa zwróciła się pisemnie do Namiestnictwa z zarzutem, że lekarze rządowi zbyt pochopnie zamykają szkoły i przez to utrudniają naukę. Dokładniejsze badanie wykazało, że lekarze powiatowi z temi bardzo licznemi zamykaniami szkół nie mieli nic wspólnego, o nich nawet nie wiedzieli i że w wielu miejscach nie została wcale stwierdzona epidemia, a jednakże szkoły tygodniami były zamknięte. Szkołę zamykali kierownicy, przełożeni rad szkolnych miejscowych, duszpasterze i t. p. Po sprawdzeniu tego wydała Rada szkolna krajowa wspomniany okólnik, oddając władzę zamykania szkół tylko w ręce lekarza rządowego z zastrzeżeniem, by uwiadomiono o zamknięciu szkoły bezzwłocznie bądź Radę szkolną okręgową, bądź krajową, celem zatwierdzenia zarządzenia.

Obowiązek ten nam narzucony i dziś jest potrzebny. Wiadomo nietylko nam, ale i władzom centralnym, że w razie epidemii nauczyciele i nauczycielki niejednokrotnie rozszerzają wieści o ogromnej liczbie chorych, ażeby rodzice obawiali się posyłać dzieci do szkoły, poruszają najrozmaitsze sprężyny, żądają zamknięcia szkoły, a czasem nawet i w dziennikach ukazuje się wzmianka o niesumienności i lekceważeniu choroby przez lekarza rządowego, który do tego żądania nie chce i nie może się zastosować, jeżeli niema istotnej potrzeby zamknięcia szkoły. Na dowód, że w twierdzeniu tem niema przesady, odwołuję się na zdanie licznych Kolegów i akta biura sanitarnego Namiestnictwa, które kilkakrotnie było zmuszone wysyłać inspektorów sanitarnych celem stwierdzenia na miejscu rozmiarów choroby i potrzeby zamknięcia szkół. Okazywało się przytem zawsze, że słuszność była po stronie lekarza rządowego. Nie wiem, jak często się to zdarza w innych powiatach, ja jednak w ciągu czterech lat 3 razy miałem z tego powodu inspekcyę.

Okazuje się więc, że jeżeli u nas nie ma cierpieć tok nauki, a zarazem i sprawy sanitarne, to w całej pełni powinno być utrzymane rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 13. V. 1896 L. 38739 z tym dodatkiem, że zamykać szkoły może tylko lekarz rządowy po poprzedniem osobistem sprawdzeniu rodzaju choroby i stopnia rozszerzania się na miejscu, a nie po sprawdzeniu przez żandarmeryę, z którą to myślą noszą się niektórzy starostowie.

Przechodzę teraz do III części ustawy, która dotyczy odszkodowania i ponoszenia kosztów. Tę część ustawy musimy powitać nietylko z najwyższem zadowoleniem, ale nawet i z wdzięcznością ze względu na § 34 i 35. zabezpieczające choć częściowo lekarzy, zatrudnionych przy zwalczaniu epidemii i osób zajętych pielęgnowaniem, oraz rodzin w razie śmierci lekarza

Lecz i w tej części ustawy są znaczne braki, wskutek czego w Galicyi przepisy ustawy nie dzadzą się tak łatwo przeprowadzić. Mianowicie w § 36 nie ma wzmianki o tem, ażeby skarb państwa pokrywał koszta odkażania, a temsamem koszta te spa-

dają na gminy. Czy nasze gminy ubogie zdołają koszta te pokryć, pozwolę sobie powątpiewać, tembardziej, że nietylko z braku funduszów, ale i wskutek ślepej wiary w opatrzność i przeznaczenie będą gminy uważać wszelkie zarządzenia, a szczególniej odkażanie, za zbyteczne. Koszta więc odkażania powinien pokrywać skarb państwa, tak samo, jak czyni to przy chorobach zakaźnych zwierzęcych.

Sposób przeprowadzenia odszkodowania za zniszczoną odzież, utratę zarobku, wymagający długiej procedury, jest niewłaściwy, w tych bowiem przypadkach chodzi o ludność ubogą, która żyje z dziennego zarobku i ma tylko jedno odzienie na sobie. Odszkodowanie więc powinno być wypłacone natychmiast, a nie dopiero po kilku miesiącach; w przeciwnym razie ludność będzie cierpieć niedostatek, a nawet głód, a po zniszczeniu odzieży będzie chodzić chyba nago. Zresztą przewlekłe postępowanie i powstała stąd ogólna niewiara w odszkodowanie sprowadzi takie następstwa, jakie spostrzegłem podczas cholery w roku 1893 w powiecie borszczowskim. Asygnaty sprzedawano tam za bezcen żydom, rzeczy, jak kożuchy, pierzyny, poduszki, ukrywano w kukurydzy, co sam stwierdziłem w Bilczu, a ukrywanie to było przyczyną szerzenia się cholery omal przez 3 lata.

§ 38 jest dla mnie niezrozumiały i nie wiem, czy tyczy się lekarzy, a mianowicie, czy pod ten przepis ma być pociągnięte jak dotychczas leczenie duru plamistego i ospy, czy to może się rozciągać i na inne choroby zakaźne. W każdym zaś razie premie te są śmiesznie małe, a rozdział ich zbyt dowolny.

Rozdział IV. ustawy pomijam zupełnie, albowiem postanowienia karne nie należą do naszego zakresu działania i musimy bezwarunkowo solidarnie się bronić, ażebyśmy i na przyszłość byli zwolnieni od orzekania kar. Zadaniem naszem jest leczenie i tłumienie chorób zakaźnych, pozyskanie zaufania ludności, czemu rola sędziego karnego stałaby na przeszkodzie.

Tak samo i część V. ustawy co do kompetencyi władz przekracza zadanie niniejszego referatu, chociaż nieraz niejasna stylizacya da się lekarzom rządowym we znaki.

Nim zakończę niniejszy referat, muszę postawić jeszcze ważne dla nas pytanie, czy lekarze rządowi w Galicyi podołają wszystkiem włożonym na nich przez nową ustawę obowiązkom.

Lekarz rządowy według tej ustawy ma sprawdzać chorobę, wydawać zarządzenia, leczyć chorych, zarządzać odosobnienie zdrowych, nadzorować żywienie ich, interweniować przy oszacowaniu przedmiotów zakażonych, dochodzić wysokości utraty zarobku, śledzić za tajonymi przypadkami choroby i nadzorować a raczej przeprowadzać odkażanie. Zadanie to zanadto wielkie dla jednej osoby przy naszych rozległych powiatach i konieczne jest dodanie lekarzowi pomocy. Pomoc ta byłaby możliwa tylko przez ustanowienie w każdem starostwie posad pomocników, w rodzaju pomocników lekarskich przy wojsku. Pomocnik taki powinien być obznajmiony ze sposobami odkażania i pielęgnowaniem chorych, a w chwilach wolnych od tych zajęć byłby zatrudniony jako pisarz w biurze sanitarnem. Należy też stworzyć organ kontrolny, któryby ciągle śledził nietylko za tajonymi przypadkami chorób zakaźnych, wymienionych w § 1. ustawy, ale za odrą, krztuścem, ospą wietrzną, kiłą, świerzbem, albowiem tylko w ten sposób może władza uzyskać wiadomości, że choroby te pojawiają się i w jakich rozmiarach, ażeby mogła uczynić zadość drugiemu ustępowi § 1. Weterynarze mają takie organa w tak zwanych żandarmach kontrolnych, którzy po jednym znajdują się w każdym posterunku granicznym. W razie braku takiej stałej kontroli przepisy nowej ustawy nie będą wykonane lub też wykonanie ich będzie chromać.

Kończąc, przedstawiam następujące rezolucye:

1) Z uwagi, że śmiertelność wskutek odry i krztuśca wynosi rokrocznie w Galicyi 5000 do 8000 zmarłych, co w porównaniu ze śmiertelnością innych 18 krajów koronnych Austryi stanowi 68·5%, względnie 63% ogólnej śmiertelności z powyższych chorób, powinny władze centralne obydwie te choroby obecnie zaliczyć w Galicyi do chorób zakaźnych z obowiązkowem donoszeniem w myśl 2 ustępu § 1 ustawy z dnia 14. IV. 1913 i starać się ich szerzenie się ograniczyć i stłumić.

2) Ponieważ pod nazwą grypy może się często ukrywać dur plamisty i zapalenie opon mózgowych, a pod ospą wietrzną ospa prawdziwa, czego w Galicyi nie mogą stwierdzić zwierzchności gminne z przyczyny prawie zupełnego braku lekarzy gminnych, przeto choroby te na doniesienia zwierzchności gminnych powinny być stwierdzane przez lekarza rządowego, szczególniej przy ciężkim przebiegu, i to w całej Galicyi, a zwłaszcza w powiatach pogranicznych.

3) O kile i świerzbie mają i nadal zwierzchności gminne donosić, a w razie stwierdzenia tych chorób w większych rozmiarach należy delegować na miejsce lekarza rządowego celem stwierdzenia choroby i wydania stosownych zarządzeń. Przy pojedynczych przypadkach należy na gminy nałożyć obowiązek przymusowego leczenia tych chorych. Koszta, wynikłe z powodu badania i leczenia tych chorób, mogą być ściągane w razie możności od samychże chorych.

4) Dla uniknięcia nadużyć w pochopnem zamykaniu szkół z powodu chorób zakaźnych należy i nadal utrzymać w całej pełni rozporządzenie Namiestnictwa, względnie Rady szkolnej krajowej z dnia 13. V. 1896 L. 38739.

5) Prawo przymusowego przeniesienia chorego do szpitala zakaźnego musi być zależne tylko od orzeczenia lekarza delegowanego z zastrzeżeniem bezzwłocznego zawiadomienia o tem kierownika władzy politycznej, nie powinno zaś zależeć od starostwa.

6) W celu wykrycia i leczenia jaglicy muszą być wydane u nas specyalne zarządzenia co do zbadania pod względem choroby ócz całej ludności tych gmin, gdzie choroba ta często występuje i co do rewizyi na granicy robotników sezonowych, powracających z Niemiec.

7) Wynagrodzenia za zniszczoną przy odkażaniu odzież i za utratę zarobku należy bezzwłocznie przynajmniej w $^3/_4$ częściach wypłacać stronom, nie czekając na asygnatę Namiestnictwa. Koszta odkażania, oraz środków desinfekcyjnych powinien ponosić skarb państwa, a nie gminy.

8) W każdem starostwie powinien być przyjęty odpowiedni oficyant, któryby zajmował się przeprowadzaniem odkażania, nadzorował odosobnienie chorych i pouczał ludność o pielęgnowaniu chorych.

9) Powinny być również utworzone organa kontrolne, któreby ciągle śledziły za tajonymi przypadkami choroby zakaźnej i donosiły o epidemiach, nie objętych ustawą.

Sejmowe sprawy sanitarne w r. 1914.

Wiadomości i uwagi, podane o tegorocznych sejmowych sprawach sanitarnych w Nrze 8. »Przeglądu lek.« (str. 108) uzupełnić należy tem, że Wydział krajowy przedłożył Sejmowi jeszcze dodatkowo wniosek o dokupienie terenu dla zakładu w Kobierzynie i o rozszerzenie szpitala w Krośnie przez wybudowanie pawilonu zakaźnego, domu gospodarskiego i domu przedpogrzebowego kosztem około 113.000 koron.

Wnioski Wydziału krajowego, dotyczące dokupienia terenu i rozszerzenia rzeźni i piekarni w Kobierzynie, sprawozdanie o postępach budowy tego zakładu, oraz wnioski w sprawie rozszerzenia, budowy lub przebudowy szpitali w Białej, Bochni, Drohobyczu, Jaśle, Krośnie, Podhajcach, Rzeszowie i Stanisławowie — Sejm uchwalił. Fakt to nadzwyczaj pomyślny, gdyż w ten sposób rozwiązana została sprawa całego szeregu szpitali, oddawna wyczekujących należytego pomieszczenia.

Pomimo przeciążenia pracą, znalazł Sejm także czas na krótką dyskusyę sanitarną, w której głównym punktem była zasadnicza i świetna mowa prof. Marsa (ogłoszona w całości w dzienniku »Czas« w Krakowie), a kładąca wielki nacisk na konieczność wielkich dalszych inwestycyi w szpitalnictwie. c.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w Lublinie w d. 31. V. i 1. VI. 1914.

Komitet Zjazdu zaznacza, że chociaż odezwa Komitetu (ogłoszona w Nrze 10 »Przeglądu lekarskiego«) mogła być rozesłana wyłącznie do lekarzy, zamieszkałych na prowincyi, jednakże lekarze warszawscy mile widziani będą na Zjeździe, a również zgłaszać mogą swe uczestnictwo, odczyty i t. d. Do wszystkich, którzy odezwy z winy poczty nie otrzymali, zostanie ona wysłana natychmiast po otrzymaniu właściwego adresu. Adresy należy w tym celu przesyłać na ręce sekretarza komitetu zjazdowego, Dr W. Jasińskiego, Lublin, Krakowskie Przedmieście 46.

Tytuły wykładów, zgłoszonych na Zjazd, zostaną wkrótce podane do wiadomości ogólnej.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie w dniach 23 i 24 lipca 1914.

Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów:

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego: 6) Porównanie badań rentgenowskich a fizycznych żołądka, kol. Prof. Walery Jaworski (Kraków). 7) Demonstracya i tłómaczenie elektrokardyogramów zdjętych odmiennym sposobem, kol. Prof. W. Jaworski. 8) Demonstracya oklepywania i ucisku wibracyjnego narządów wewnętrznych jako pomocniczego sposobu rozpoznawczego, kol. prof. W. Jaworski. 9) Zapobieganie reklamowaniu i używaniu leków bezwartościowych przez lekarzy, kol. prof. W. Jaworski. 10) Aortitis luetica, jej rozpoznawanie i leczenie, kol. Zygmunt Wachtel (Kraków). 11) Hypofizyna jako środek sercowy, kol. Z. Wachtel. 12) Wpływ lieniny na skład krwi oraz jej znaczenie lecznicze w chorobach krwi, kol. Z. Wachtel. 13) Kliniczne znaczenie nowego sposobu osłuchiwania tonów i szmerów sercowych, kol. Karol Mayer (Kraków). 14) Ułatwiony sposób badania różnic szmerów oddechowych i sercowych, kol. K. Mayer. 15) Fotografowanie wyłącznie samego serca, kol. K. Mayer. 16) Rentgenografia i rentgenoskopia przy wzmocnionem natężeniu promieni, kol. K. Mayer. 17) Elektrografia serca przy nowym sposobie odprowadzania różnic potencyałów, kol. K. Mayer. 18) Elektrokardyogramy w ostrych zapaleniach nerek, połączonych z podwyższeniem parcia krwi, kol. K. Mayer. 19) Wydzielanie kwasu moczowego w kilku schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, kol. Jan Nowaczyński (Kraków). 20) Wpływ wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego, kol. J. Nowaczyński. 21) O wrzodzie dwunastnicy, kol. J. Nowaczyński.

Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Upraszamy pisma lekarskie polskie o przedrukowanie powyższego sprawozdania.

Za komitet gospodarczy miejscowy we Lwowie
Sekretarz: A. Sabatowski. Przewodniczący: R. Rencki.

Wiadomości bieżące.

II. Zjazd internistów polskich przełożony został o kilka dni i odbędzie się 23. i 24. lipca, tuż po Zjeździe higienistów polskich.

Kraków. W »Domu zdrowia nauczycielstwa ludowego« w Zakopanem leczyło się (według ogłoszonego właśnie XII. sprawozdania) w r. 1912/13 chorych 80, z których według klasyfikacyi Turbana-Gerhardta zaliczono do I okresu 36%, do II — 40%, do III 24%. Odsetek chorych w I okresie był więc mniejszy, a chorych w II okresie większy, niż zwykle bywa w sanatoryach. Wyraźną poprawę osiągnięto u 56%, względną — u 33% le-

czonych; u 8% stan się nie zmienił, w jednym przypadku stan się pogorszył. Wyniki więc były bardzo korzystne mimo niekorzystnego materyału, co Dr Brzeziński, dyrektor tego sanatoryum, przypisuje w swem sprawozdaniu lekarskiem temu, że okres leczenia był w sanatoryum stosunkowo dłuższy, niż gdzieindziej. Koszt utrzymania sanatoryum w r. 1912/13 dobiegał 30.000 k., fundusz budowy własnego domu — 11.239 kor.

— Towarzystwo ratunkowe wybrało prezesem ponownie r. dw. prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem prof. Rutkowskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Wyrobisz, rodem z Kolbuszowy w Galicyi.

— W dziennikach pojawiła się następująca wiadomość: »Hamburger Nachrichten« oburzają się, że międzynarodowy kongres neurologii i psychiatryi w Bernie uznał Polaków za członków samodzielnego narodu, i z tego powodu piszą, co następuje: »Właściwie zamierza międzynarodowy kongres neurologiczno-psychiatryczno-psychologiczny, mający obradować od 7 do 12 września w Bernie szwajcarskiem, zajmować się czem innem, aniżeli sprawą odbudowania wydziedziczonej i podzielonej Polski. Ale w organizacyi swej międzynarodowej komisyi pracy utorował on skwapliwie drogę odbudowaniu państwa polskiego. Wyliczono tam alfabetycznie członków komitetu i uporządkowano ich według poszczególnych państw. Po Danii następują Niemcy z największą liczbą lekarskich powag, po Norwegii następuje Austrya, po Rumunii Rosya. Ale tuż za Austryą stoi wyraźnie pomiędzy mocarstwami i państwami: Polska austryacka, Polska niemiecka i Polska rosyjska. Tak więc międzynarodowy kongres neurologii i psychologii nie uznaje ziem polskich za przynależne do Austryi, Niemiec i Rosyi, lecz daje im zupełną niezależność państwową. Co zamierzała uczynić komisya kongresu, mało nas to obchodzi i jest nam obojętne. W każdym razie jest to odłączenie Polski od Niemiec, Austryi i Rosyi politycznem przewinieniem i członkowie komisyi powinni założyć przeciwko temu protest«. W końcu radzą »Hamburger Nachrichten«, aby lekarze niemieccy jak jeden mąż pozostali głusi na wezwanie komitetu i nie brali udziału w kongresie«.

Wiadomość ta jest ciekawym przyczynkiem do historyi usiłowań, aby na międzynarodowych zjazdach lekarskich przyznano nam należne stanowisko. Wystąpienie bowiem »Hamburger Nachrichten« wskazuje niedwuznacznie, kto to taki usiłowania nasze dotąd udaremniał i polityczną nienawiścią zakaził pole pracy dla dobra całej ludzkości; tego wprawdzie można się było domyślać, ale nie było dotąd można udowodnić.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. III. do 21. III. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 8 † 4), krztuśca 4 † 2, ospy wietrznej 1, płonicy 30 † 3 (2 † 1), odry 13 † 2, duru brzusznego 7 † 1 (2 † 1), zapalenia opon mózgowo-rdzen. — † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne liczy w r. b. 37 członków, z tych 23 zamieszkałych w Warszawie, a 14 zamiejscowych. W r. 1913 odbyło Towarzystwo 8 posiedzeń, na których odbyło się 27 wykładów i pokazów z objaśnieniami; dochody wynosiły 320·50 rb., wydatki 211·60 rb.; biblioteka zawiera 154 tomów i 10 czasopism. Sprawozdania z obrad Towarzystwa ogłasza w »Postępie okulistycznym« krakowskim sekretarz Dr Paradowski. Prezesem Towarzystwa jest Dr Ziemiński.

— W Rosyi dopuszczono kobiety-lekarki do czynności lekarzy sądowych. (Med. i Kron. lek. 12).

— »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 12) zapisuje pogłoskę, że płace ordynatorów (prymaryuszów) szpitalnych mają być podobno podwyższone na 600 rb. rocznie, a płace asystentów na 300 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. III. do 23. III. 1914. przypadków: ospy 1 † —, płonicy 4 † —, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. III. Zjazd lekarzy gubernii mińskiej odbył się w styczniu r. b. pod przewodnictwem Dr Ryszarda Janowskiego, prezesa mińskiego Towarzystwa lekarskiego, przy udziale 155 uczestników. Posiedzeń było 8, z nich jedno poświęcone gruźlicy. (Lekarz wileński, Nr 2).

Mianowani: Dr L. Budny ordynatorem Domu wychowawczego, Dr L. Wernic ordynatorem szpitala św. Łazarza w Warszawie; prof. Biedl z Wiednia profesorem patologii og. w Pradze (w uniwersytecie niemieckim).

Zmarli: Dr Zygmunt Habdank-Gembarzewski, konsulent kolei państwowych, w 48 r. ż. we Lwowie; Dr Kazimierz Orłowski, lekarz marynarki, w Błagowieszczeńsku; Dr Mieczysław Zaczek w Krzemieńcu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. kwietnia 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Rosnera: Ciąża, a złośliwe nowotwory odbytnicy. 2) Demonstracye.